Rok XLIV. Kraków 4 Lutego 1905. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Pfaundlera w Gracu.

O rozpuszczalności kwasu moczowego w surowicy.

Podał

Dr. Henryk Trenkner.

Pojęcie „artrytyzmu" czyli skazy dnawej (inne synonimy: „uricemia", „lithemia") zostało wprowadzone do nauki przedewszystkiem przez szkołę francuską i znalazło zwolenników dotychczas pośród niektórych autorów amerykańskich, angielskich i włoskich. Szkoły niemieckie pojęcia tego nie uznają i dotychczas zwalczają je nie bez powodzenia.

Pojęcie „artrytyzmu" opiera się przedewszystkiem na danych klinicznych i ma oznaczać pewne zboczenie ustrojowe (konstytucyjne). Wszelakoż w samej nazwie i jej synonimach zawierają się już pewne wskazówki co do fizyologiczno-chemicznych podstaw tej „skazy".

„L'arthritisme", powiada Leullier, „est une bradytrophie avec une production d'excréta, que nous avons groupés sous le terme commun d'uricémie." Dziedziczność ma być zazwyczaj odległą przyczyną skazy moczanowej. „Badając przodków dzieci, dotkniętych wypryskiem dnawym", powiada Comby, „często możemy wykazać pomiędzy nimi jednostki, dotknięte objawami „neuro-artrytycznymi", dermatozami, nerwobolami i nerwicami, dychawicą, dną, cukrzycą, kamicą żółciową, ludzi cierpiących na otyłość, migreny, krwawnice".

Według wzmiankowanej szkoły „artrytyzm" odgrywa nader poważną rolę w patologii chorób dziecięcych: „limfatyzm", niedokrewność, ogólny przerost gruczołów chłonnych, leniwe lub odwrotnie przyśpieszone tętno, przerost serca, niemiarowość i kołatanie serca (*coeur uricémique*), kurczowa sapka (*coryza spasmodi que*), krwotoki z nosa, nieżyt letni (*catarrhus aestivus*), skurcze głośni, nieżyty krtani, duszność, dychawica, nawały do płuc, ból klatki piersiowej na tle dny (*pleurodynia arthritica*), zapalenie opłucnej; dalej brak łaknienia, łaknienie skażone, kurcz gardziela, cuchnienie z ust, gorączka dnawa, parcie na stolec, nieżyt błoniasty jelita, żylaki krwawnicowe, kamica jelitowa, rozszerzenie żołądka, okresowe bole głowy, gorączka gastryczna, kolki jelitowe, *albuminuria orthostatica intermittens*, cukrzyca, uraturya, fosfaturya, polyurya, moczenie nocne, zapalenie pęcherza i cewki moczowej na tle dny, kamica nerkowa i pęcherzowa, kolka nerkowa, nerka ruchoma, zapalenie sromu, zlepienie się (*adhaerentia*) warg mniejszych sromu, zaburzenia w miesiączkowaniu i krwotok miesiączkowy, lęk nocny, kiwaczka (*spasmus nutans*), kurczowa szyja skośna, rwa i ból głowy mocznicowy, neurastenia, wymioty okresowe, usposobienie do plasawicy i histeryi; prosówka (*miliaria*), rumień wielopostaciowy, pocenie się skąpe lub nader obfite, pokrzywka, świerzbiączka, ostry obrzęk powiek, łupież głowy, łojotok, zrogowacenie włosów (*keratosis pilaris*), skóra sucha (*xerodermia*), łuszczyca, trądzik kropkowany (*acne punctata*), wyprysk dnawy, bole stawowe na tle skazy moczanowej, puchlina stawowa, szyja skośna, postrzał, ból kości i t. d. i t. d. — wszystko to ma być objawem „artrytyzmu", czyli skazy moczanowej. Umyślnie podaję ten krótki wyciąg z publikacyi Combyego: „Arthritisme chez les enfants" (*Archives de médecine des enfants" V, 1902. 1 i 2)*, aby wykazać, jak szerokie zastosowanie według tego autora znajduje omawiana skaza w patologii chorób dziecięcych. Jeżeli nawet przypuścimy, że zupełnie trafne jest spostrzeżenie kliniczne, według którego istnieje pewien typ patologiczny, szczególnie skłonny do tych lub innych zaburzeń, posiadający nawet swoje odrębne wejrzenie (*habitus*), — to jednak nastręcza się pytanie uzasadnienia samego pojęcia „artrytyzmu" i skazy moczanowej z punktu fizyologiczno-chemicznego. Przedstawiciele omawianej szkoły podają tylko 2 podstawy, usprawiedliwiające nazwę skazy: dziedziczność (istnienie dny lub chorób pokrewnych (?) u przodków) i zwiększoną ilość moczanów w moczu (względnie kale), t. zw. „artrytyków". Pomijając już to, że przedstawiciele tej teoryi nie podają przeważnie żadnych bliższych danych, dotyczących owej wzmożonej uraturyi, bardzo sumienne i ścisłe badania Goepperta z kliniki wrocławskiej, podjęte z racyi tejże skazy moczanowej, wykazują dostatecznie, że ilość moczanów w moczu zależy od zbyt wielu czynników, aby na tych niepewnych danych opierać teoryę skazy. Badań krwi, o ile mi wiadomo — żaden z przedstawicieli omawianego kierunku dotychczas nie czynił.

Jeżeli przyjąć powinowactwo między t. zw. „artrytyzmem" a dną nożną (podagrą), to i tu i tam powstaje pytanie, co może być przyczyną zwiększonej ilości kw. moczowego we krwi, względnie wydzielania go w postaci złogów (*tophi*). Przyczyny zwiększonej ilości kwasu moczowego mogą być różne:

1. wzmożona wytwórczość kwasu moczowego;
2. niedostateczne jego wydzielanie;
3. niedostateczny rozkład wytworzonego kwasu moczowego;
4. kilka z powyższych czynników może działać jednocześnie.

Co się tyczy punktu drugiego, to bardzo sumienne badania wykazały, że wydzielanie kwasu moczowego u dnawych wogóle nie przedstawia nic cechującego; jedynie w czasie napadu zazwyczaj (aczkolwiek nie zawsze) bywa spotę-

gowane; natomiast w okresie przednapadowym może być nieco mniejsze.

Co się tyczy wzmożonego wytwarzania kwasu moczowego (punkt 1), to dotychczasowe badania nie dają na to pytanie stanowczej odpowiedzi. Zdaniem Wienera możnaby jedynie myśleć o spotęgowanem wytwarzaniu kw. moczowego drogą syntezy, nie zaś skutkiem utleniania, gdyż niema żadnych danych do przypuszczenia wzmożonego rozpadu jąder komórek. Skazie dnawej nie towarzyszy leukocytoza, jak również nie spostrzegamy wzmożonego rozpadu tkanek. Spotęgowany rozpad ciał nukleinowych pociągnąłby za sobą również zwiększone wydzielanie kwasu fosforowego, czego badania (Kaufman i Mohr) nie stwierdzają; co najwyżej pozostałoby do przypuszczenia, że powstały tą drogą kwas fosforowy znajduje inne zastosowanie. Natomiast, twierdzi dalej Wiener, możnaby myśleć o nadmiernem wytwarzaniu kwasu moczowego drogą syntezy. W tem znaczeniu możnaby wytłómaczyć związek, którego się dopatrują między dną a oksaluryą, jeżeli się uwzględni, że synteza kw. moczowego powstaje przez przyłączenie dwóch resztek mocznika do dwuzasadowego kwasu, przyczem jedna część tego ostatniego może przejść w ustroju w kwas szczawiowy.

Zwiększona ilość kwasu moczowego we krwi może pochodzić również z niedostatecznej destrukcyi kw. moczowego, wytworzonego przez ustrój (punkt 3). Aczkolwiek dotychczas nie mamy żadnych danych, przemawiających za tem przypuszczeniem, to jednak niema żadnych dowodów przeciw.

Badania, wykonane w ostatnich czasach zapomocą metod ścisłych, podają następujące zawartości kw. moczowego we krwi dnawych. Klemperer w 3 przypadkach w okresie napadu dny znalazł 0.067 — 0.088 — 0.091 na 1000 ctm.³ krwi; we krwi ludzi zdrowych nie udało mu się zupełnie wykryć kw. moczowego. Magnus Levy podaje 2·1—10 mg. na 100 ctm.³ krwi dnawych.

Jakie jednak znaczenie posiada wzmożona zawartość kw. moczowego we krwi dnawych, dotychczas nie jest wytłómaczone. To tylko pewne, że samo przeładowanie krwi kw. moczowym nie może być przyczyną powstawania jego złogów (*tophi*), albowiem nie może być mowy o zwykłem chemicznem przesyceniu krwi kw. moczowym. W r. 1895 ogłosił Klemperer wyniki badań swoich nad rozpuszczalnością kw. moczowego w surowicy ludzi zdrowych i dnawych. Badań dokonanych było 6: 3 dotyczyły surowicy prawidłowej, 3 zaś surowicy dnawych. Oto odnośne liczby:

W 100 ctm.³ surowicy ludzi zdrowych rozpuszczono:

z krwi 39 l.	mężczyzny	0.1666
„ 45 „	„	0.1740
„ 18 „	chłopca	0.1710

w 100 ctm.³ surowicy dnawych w czasie napadu 0.1266 — 0.1400 — 0.1800 grm. kwasu moczowego

Na podstawie tych wyników dochodzi Klemperer do wniosku, że skoro surowica dnawych jest w stanie rozpuścić w sobie nawet więcej kwasu moczowego, niż surowica ludzi zdrowych, to o przesyceniu krwi kw. moczowym nie może być mowy; nadto, samo zwiększenie zawartości kw. moczowego we krwi dnawych nie może być uważane za przyczynę powstawania złogów. Klemperer stawia hipotezę, że w dnie nieznana bliżej istota prowadzi do obumarcia tkanek; zaś powinowactwo chemiczne obumarłych wskutek dny tkanek do kw. moczowego może być w pewnych warunkach tak wielkie, że krew nie jest w stanie utrzymać go w roztworze.

Przypuszczenie Klemperera, o ile mi się zdaje, zbyt mało uwzględnia bio-chemiczne właściwości surowicy, względnie krwi, t. j. tego środowiska, w którem kw. moczowy jest rozpuszczony. Wprawdzie w tejże pracy Klemperer ogłasza wyniki badań swoich nad zasadowością krwi chorych na dnę i białaczkę [1]), lecz uwzględnienie tego jednego czynnika wydaje mi się niewystarczającem. *A priori* można przypuszczać, że skład chemiczny surowicy (krwi) nie jest czemś stałem, określonem, lecz przeciwnie ulega ciągłym wahaniom, to zaś musi odbić się na jej własnościach fizyko-chemicznych, w danym wypadku na zdolności rozpuszczania i utrzymywania w roztworze kw. moczowego. (Dok. nast.)

* * *

II. O lekarzach w Babilonii i o czynności ich wchodzącej w zakres okulistyki.

Na podstawie nieznanego dotąd źródła,

napisał

Prof. Dr. E. Machek.

(Dokończenie).

A teraz przytoczę trzy dalsze paragrafy, dotyczące lekarzy, (§ 218, 219, 220), należące do prawa karnego.

§ 218. „Jeżeli lekarz zada człowiekowi ciężką ranę nożem bronzowym i śmierć tegoż sprowadzi, albo jeżeli nagabti człowiekowi nożem bronzowym uczyni, a oko tego człowieka zniszczy, należy mu ręce odciąć“.

Na pierwszy rzut oka barbarzyńskie a surowe zagrożenie lekarzowi karą, tak ciężką, zdaje się kłam zadawać pochwałom o mądrości kodeksu Hammurabiego, a jednak jak z toku rzeczy wyniknie, tak nie jest.

§ 219. „Jeżeli lekarz zada ciężką ranę nożykiem bronzowym niewolnikowi, który jest własnością muskenu, i zabije go, da niewolnika za niewolnika“.

Paragraf ten zdaje się bronić praw ubogich, jakimi byli muskeni. Jeżeli lekarzowi zmarł po operacyi niewolnik który był własnością wolnego obywatela a bogatego, kodeks nie nakazuje lekarzowi zwracać niewolnika, lub zapłacić za niego; jeżeli skutkiem operacyi zmarł niewolnik, który był własnością muskenu, a więc niezamożnego obywatela, musiał mu go zwrócić.

§ 220. „Jeżeli zaś u tegoż (niewolnika, który jest własnością muskenu) nagabti nożem bronzowym przetnie, a oko zniszczy, płaci połowę ceny tegoż (niewolnika)“ Widocznie tylko połowę ceny, dlatego, że niewolnik przez utratę jednego oka stracił tylko połowę na wartości. Zdaje się, że w razie gdyby niewolnik nie był własnością ubogiego muskenu, lecz własnością zamożnego obywatela, lekarz nieby nie płacił. Tu prawo broni mniej zamożnych.

Podczas, kiedy paragrafy 219 i 220 są jeszcze możebne, jeżeli się zważy, że miały moc prawną w czasach, w których wykonywanie sztuki lekarskiej było, jak się

[1]) Klemperer otrzymał wartości niższe od prawidłowych, lecz sądzi, że „bądź co bądź nie są one tak nizkie, aby mogły wytłómaczyć wykrystalizowywanie się kwasu moczowego“.

zdaje, przeważnie zarobkiem, w których pomoc lekarska nie płynęła z obowiązku niesienia pomocy potrzebującemu, w których może społeczeństwo miało tu i owdzie powód i potrzebę drogą prawa bronić się przed wyzyskiem, a może zbrodnią, to § 218 musi się zdawać przecież zbyt surowym. I rzeczywiście takby było, gdyby go według litery prawa stosowano.

Tu jednakże naprzód uwzględnić należy, że już niejako z procedury karnej ustawodawstwa Hammurabiego wynika małe prawdopodobieństwo wykonania takiego wyroku. W owych czasach oskarzycieli publicznych nie było, a przed sąd, który wyrok wydawał, pozywała strona poszkodowana. W pierwszych pięciu paragrafach ustalona jest niejako wspomniana procedura postępowania karnego i ustalona obrona tych, których oskarzono. Zasady: Jeżeli ktoś oskarza drugiego o zabicie, a zbrodni i winy nie udowodni, tego, który oskarzał, należy zabić (§ 1); — kto fałszywie zeznaje „w sporze, w którym chodzi o życie“, tego na śmierć się skazuje (§ 3). Zdaje się, że kto oskarza o to, że chory skutkiem operacyi umarł, albo stracił oko, naraża się w razie, gdyby sąd uznał, że tak nie było, na podobną karę, jaka groziła lekarzowi, chociaż wyraźnie tego w kodeksie nie powiedziano. Spodziewać się należy, że każdy dobrze się namyśli, zanim lekarza oskarzy, i że sąd tylko w przypadkach widocznej winy lekarza, a prawdopodobnie tylko w przypadkach gorszących, mógłby go wogóle zasądzić.

Wreszcie, według H. Müllera istniała tak zwana kombinacya co do kary. Polega ona na tem, że w razie n. p. zasądzenia na karę cielesną, jaką było odjęcie ręki, może zasądzony do pewnego stopnia, naturalnie znowu w przypadkach niegorszących, wykupić się. Zdaje się tedy, że prawdopodobieństwo wykonania tego surowego prawa w dosłownem znaczeniu należało do bardzo rzadkich wyjątków.

A jednak pomimo to § 218 musiał na rozwój medycyny operacyjnej wpływać bardzo niekorzystnie. Który bowiem lekarz wobec tak ciężkiej odpowiedzialności narazilby się na niebezpieczeństwo, połączone z wynalezieniem nowych, a niebezpiecznych operacyi? Prawdopodobnie powolny rozwój, a późniejszy wczesny upadek medycyny spoczywa właśnie w tym, jakbyśmy dziś powiedzieli, niepostępowym sposobie zapatrywania się społeczeństwa na czynność lekarską, ujawniającym się właśnie w tym karnym paragrafie. Medycyna operacyjna, mająca — jak widzimy — u Babilończyków już pewne i to niepoślednie znaczenie, w starożytnym świecie zanika. Ani u Żydów, ani u Egipcyan, a nawet w pierwszych wiekach wystąpienia Greków, w każdym razie 1000 i 1500 lat później, chirurgia niema tego znaczenia, jakie miała w Babilonie za czasów Hammurabiego, co tem godniejsze jest uwagi, że cywilizacya Zachodu wzbogacała się na każdem polu dorobkiem Babilonu i Assyryi.

A teraz powracamy do wyjaśnienia, czem była choroba nagabti, i na czem polegała jej operacya.

Według H. D. Müllera[10]) „na-gab-ti“ znaczy tyle, co „nagbu“, t. j. głębia, zagłębienie, źródło, otwór. Słowo „nagabti“ w kodeksie napotykamy wyłącznie tylko, jeżeli jest mowa o oku. Operacya tedy polegała na zadaniu otworu. Domysł zatem Scheila i Wincklera, że tu chodzi o operacyę zaćmy, zdaje się uzasadniony, a wysokie wynagrodzenie, które prawo zapewnia lekarzowi, domyślać się każe, że prawodawca miał na myśli poważną, a w skutkach doniosłą dla chorego operacyę.

Znając jednakże § 218, który nakłada tak ciężką karę na lekarza, który nożem bronzowym przetnie nagabti, wątpić należy, czy operacya nagabti jest operacyą zaćmy. Który okulista operowałby dziś zaćmę, pomimo nożyka Graefego, a nie bronzowego i pomimo innych udoskonalonych narzędzi, aseptyki, postępowania przeciwgnilnego itd., gdyby chory w razie nieudałej operacyi mógł lekarza skarzyć o utratę oka? Trudno lekarzy, społecznie tak wysoko postawionych, uważać za desperatów, albo uznawać, że prawo na to jest ustanowione, aby co chwila było niewykonywane. Zagrożona w § 218 kara nawet według pojęć karnych ówczesnych tylko w takim razie rozsądną być mogła, jeżeli chodziło o operacyę, co do której lekarz w zwykłych warunkach mógł być pewnym, że oko wyleczy. Jest natomiast inna choroba, zdarzająca się bardzo często u mieszkańców Wschodu, a także dość często u naszej semickiej ludności, która to choroba wymaga leczenia operacyjnego, a operacya polega na przecięciu, a więc zadaniu otworu, głębi, z której się potem sączy ropa, jakby woda ze źródła. Jest nią ropne zapalenie woreczka łzowego (*dacryocystitis*). Operacya nagabti, to właściwie operacya ropnia woreczka łzowego, a więc nasza operacya według Petita. Otóż ta operacya nie jest niebezpieczna i nie zdarzy się, aby ktoś po przecięciu ropnia woreczka łzowego utracił oko. Byćby mogło, że ktoś cierpiący na ropne zapalenie woreczka łzowego przyszedł do lekarza już ze zropiałem, lub niewidzącem okiem z innego powodu, czego wobec obrzmienia powiek nie widać. Lecz w takim razie lekarz dostatecznie się zabezpieczył, jeżeli przy świadkach przed operacyą podniósł obrzmiałą powiekę i stwierdził, że oko już zropiało, lub że nie widzi; toby wystarczyło, aby go do odpowiedzialności nie pociągano. Jeżeli zaś oko widziało, mógł ze spokojem wykonać naszą dzisiejszą operacyę według Petita i zapewnić chorego, że oka nie straci. Pokazuje się tedy, że tak co do chirurgów, jeżeli chodziło o mniejsze operacye, jak i co do okulistów, jeżeli nagabti znaczyło ropne zapalenie woreczka łzowego, prawo nie było bezmyślnie surowem.

Z drugiej strony i na to zwrócić muszę uwagę, że ostre zapalenie woreczka łzowego, połączone z gwałtownymi bolami i silnem obrzmieniem powiek i twarzy, przedstawia się jako poważna choroba, a jak wiadomo, bolesność i obrzmienie po przecięciu ustępują. Nieczysto utrzymane oczy przy śluzoropotoku woreczka łzowego mogą być przyczyną owrzodzeń rogówki i ślepoty, a to szczególnie w klimacie gorącym, w którym, jak dziś wiemy, szkodliwe działanie chorobotwórczych ustrojów jest cięższe w skutkach. Wyleczenie tedy nagabti, wymagające nadto po operacyi opatrywania rany przez czas dłuższy, przedstawiało, jak na owe czasy, doniosłą lekarską, ważną dla chorego czynność.

O zapaleniu woreczka łzowego wspomina także papyrus Ebersa (1550 l. przed Chr.)[11]), który tę chorobę na-

[10]) J. w. p. 156

[11]) Georg Ebers: Das hermetische Buch von den Arzneimitteln der alten Aegypter. Glossar von L. Stern. Leipzig, 1875.

zywa „chnt m fnt“; jak wiadomo, Egipcyanie opuszczali samogłoski, oko n. p. pisali „mrt“. O operacyi tej choroby w egipskiej medycynie niema wzmianki [12]).

Już po napisaniu tej rozprawy i po jej wygłoszeniu w lwowskiem Towarzystwie lekarskiem, znalazłem krótką uwagę Hirschberga [13]), dotyczącą nagabti, z której najważniejszy ustęp tu przytaczam: Słowo nagabti może znaczyć jama, albo szpara. Chodzi o oko *„der Gedanke an die Staar-Operation liegt also nahe“*. „Ja sądzę“, tak pisze, „że nagabti to *fistula sacci lacrymarum*, względnie obrzmienie, garb Arabów“. Stwierdzam wobec tego, że Hirschberg był pierwszy, który domyślił się właściwego znaczenia nagabti.

Kodeks wspomina także o weterynarzach i postrzygaczach. Weterynarzy nazywa lekarzami wołów lub osłów, mówi o ich czynności i naznacza za nią wysokość zapłaty. Jasnem jest, że lekarze i weterynarze stanowili, tak jak dziś, dwa pokrewne wprawdzie, ale odrębne zawody. § 224 opiewa: „Jeżeli lekarz wołów zada ranę wołu lub osłowi, a zwierzę wyleczy, zapłaci właściciel wołu albo osła jedną szóstą sykla srebra“. § 225. „Jeżeliby zaś skutkiem rany zwierzę zginęło, zapłaci lekarz czwartą część wartości właścicielowi wołu lub osła“.

Paragrafy 226 i 227 dotyczą postrzygaczy, a układ kodeksu, który wymienia ich po lekarzach i weterynarzach wykazuje, jak już wyżej wspomnieliśmy, że jak za naszych czasów, tak i w Babilonii, postrzygacz obok strzyżenia i golenia pełnił także inne niższe czynności pomocnicze lekarskie.

§ 226 opiewa: „Jeżeli postrzygacz bez wiedzy właściciela naznaczy niewolnika znakiem niesprzedajnego, (niewolnika, a więc już wyzwolonego), należy postrzygaczowi ręce odciąć“.

§ 227. „Jeżeli człowiek w błąd wprowadził postrzygacza, a tenże naznaczy niewolnika znakiem niesprzedajnego, pogrzebie się owego człowieka w własnym domu, zabiwszy go poprzednio. Postrzygacz wolny jest, skoro przysięgnie“: „z wiedzą go nie naznaczyłem“.

Zdaje się, że obowiązkiem postrzygacza było także znaczenie zbrodniarzy i niewolników, najprawdopodobniej przez strzyżenie włosów i brody. Dalej z kodeksu wynika, że szczególnie zasłużonym niewolnikom w nagrodę długoletnich zasług przyznawano przywilej niesprzedajności, a więc prawo mieszkania w majątku właściciela do śmierci. Był to pewnego rodzaju łaskawy chleb. Takich niewolników znaczono prawdopodobnie znakiem trwałym (może ten znak honorowy wypiekano). Czynił to postrzygacz i był karany, jeśli zadał ten znak bez wiedzy właściciela; jeżeli zaś tak uczynił, bo go ktoś w błąd wprowadził, to uwalniano go od odpowiedzialności. Także kawałek życia starożytnego Wschodu, dający wiele do myślenia o stosunkach ówczesnych. Zaprzeczyć jednakże nie można, że właściciele niewolników przestrzegali praw swoich i pilnowali, aby niewolnik sprzedajny nie stał się bez ich zezwolenia niesprzedajnym.

Oprócz operacyi, które polegają na zadaniu ciężkiej rany, dalej — operacyi nagabti, zawiązaniu złamanej kończyny, wyleczeniu chorych wnętrzności, jest w kodeksie jeszcze mowa o dwóch chorobach: o suchotach i o chorobie bennu, której bliżej określić dziś nie można, a która niewątpliwie sprawiała, że niewolnik tracił wartość, a więc do pracy prawdopodobnie stawał się niezdolny. Przytaczam dotyczące paragrafy, w których mowa o tych chorobach. Nie wątpię, że czytelnik, który przy tej sposobności zapozna się z §§ 148 i 149, ponownie podziwiać będzie mądrość prawodawcy, który przed 41 wiekami nakazuje obchodzić się z nieszczęśliwą i chorą kobietą po ludzku, a prawem zastrzega zwrócenie jej wiana, które w dom męża wniosła, i pozwala jej powrócić do domu swoich ojców.

§ 148. „Jeżeli człowiek poślubi niewiastę, która cierpi na wynędznienie (suchoty) i postanowi wziąść inną, to ją weźmie. Swojej jednak żony, którą trapią suchoty, nie wypędzi ze swojego domu. Skoro mieszka w domu, który zbudował, da jej utrzymanie do końca życia“.

§ 149. „Jeżeliby jednakże ona nie chciała mieszkać w domu męża, może się, skoro jej mąż odda wiano w dom wniesione, wyprowadzić“.

§ 278. „Jeżeli ktoś niewolnika lub niewolnicę kupił, a które z nich, zanim miesiąc upłynie, zapadnie na bennu, zwróci kupiec niewolnika lub niewolnicę, a pieniądze, które odważył, mu zwrócą“.

Jak ważne są wiadomości, które czerpiemy z kodeksu Hammurabiego, dla uzupełnienia naszych wiadomości o medycynie świata starożytnego, wynika z następującego: Prof. Hirschberg [14]) w swojej historyi okulistyki, napisanej z wielką znajomością rzeczy, a wydanej przed 4 laty, pisze wszystkiego tyle o Chaldejczykach, Assyryjczykach i Babilończykach:

„Medycyną starych Chaldejczyków, Assyryjczyków i Babilończyków trudnili się, według napisów klinowych, kapłani lekarze. (Herodot twierdził inaczej). Leczenie polegało na zażegnywaniu (*Beschwörungen*) przyczem przykładano czasami na oko ściągające środki“. — To jest wszystko, co o okulistyce tych narodów dotąd wiedziano — i jak czytelnik już osądzić może, wszystko, co wiedziano, było nieprawdą i przeciwieństwem rzeczywistości.

Pokazuje się teraz po odkryciu nowego źródła, że Herodot miał słuszność i że, co wykazać mogłem: 1. Lekarze Babilonii stanowili stan osobny, różny od stanu kapłanów; stanowisko ich było poważne, w hierarchii społecznej wysoko byli postawieni. 2. Wykonywali operacye chirurgiczne, oczne, goili chore wnętrzności, zawiązywali złamane kończyny. 3. Byli stosunkowo dobrze płatni; bogaci płacili wyższe wynagrodzenie, — zapłatę zabezpieczało im prawo i mogli należytości swojej sądownie dochodzić. 4 Weterynarze mieli stanowisko podobne lekarzom, stanowiące jednak, tak jak dziś, zawód osobny. Że wreszcie medycyna Babilończyków pod pewnymi względami wyżej stała, niż o tysiące lat późniejsze — egipska, żydowska i wczesna grecka, w ciągu rzeczy dowodnie wykazałem.

---

[12]) Hirschberg: Geschichte der Augenheilkunde im Alterthum. 1899. p. 19.

[13]) Centralblatt für praktische Augenheilkunde 1903. III.

[14]) Hirschberg Prof.: j. w. str. 28 § 14 A.

III. Z krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Hidroterapia w psychiatryi.

Podał
Dr. J. Woszczyński,
sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy).

Wszystkie procedury, wywołujące poty, a więc suche zawijania, kąpiele gorące, parowe, w ogrzanem powietrzu, ciepłym piasku, są przeciwwskazane w psychozach z podnieceniem lub zaburzeniami w krążeniu, z powodu silnego przekrwienia tętniczego, jakie wywołują. Kąpiele, tusze, nacierania wykonują się w łazienkach; kąpiele nasiadowe, zawijania i zmywania na sali chorych. Łazienki powinny się znajdować w pobliżu sal, a przynajmniej na tem samem piętrze, powinny być dość obszerne, jasne, dobrze przewietrzane, wolne od przeciągu powietrza i pary wodnej. Wanny nie powinny stać przy piecu, aby gorąco nie dokuczało kąpiącym się. Po każdej kąpieli mają być wymyte gorącą wodą ze sodą, a w razie potrzeby środkiem antyseptycznym. Najczęściej używane są wanny miedziane lub metalowe emaliowane; wanny drewniane z drewnianemi przykrywami z wycięciem na szyję (Wil w Szwajcaryi) zatrzymują długo ciepło, co jest pożądanem przy kąpielach dłuższych, powiększają jednak u niektórych chorych lęk i omamy zmysłowe; wanny z terazzo (Mauer-Oehling) łatwe do czyszczenia. Przed rozpoczęciem zabiegu wodnego powinno się dokładnie zbadać fizyczny stan chorego; choroby płuc serca, nerek, miażdżyca tętnic stanowią przeciwwskazania, zwłaszcza do zabiegów, wywołujących silne oddziaływanie i zmianę w krążeniu. Dokładna znajomość stanu fizycznego chorego rozstrzyga w wyborze procedury leczniczej i czasu jej trwania. Ważną tu rolę odgrywa ogólny stan sił, wiek i odżywienie chorego. Jeśli ma się do czynienia z osobnikiem osłabionym, niedokrewnym, źle odżywionym, który posiada mały zapas siły odczynowej, u takiego potrzeba przedewszystkiem podnieść zapas własnego ciepła przez ciepło sztuczne, lub słabą, drzemiącą siłę odczynową pobudzić przez łagodne ciepłe kąpiele, zanim się przystąpi do energicznych zabiegów.

Wypryski skóry, żylaki, stanowią przeciwwskazania do zabiegów wodnych; po chorych z czyrakami należy wanny i bieliznę należycie odkazić ze względu na łatwość przeniesienia cierpienia, jak to opisuje Würth, który zauważył czyraki u trzech chorych i dwóch służących łaziennych, a które niewątpliwie pochodziły z wanny, używanej poprzednio do kąpania chorego z czyrakami. Lekarz powinien kontrolować przynajmniej ważniejsze zabiegi wodolecznicze i badać ich wpływ na narządy i na stan psychiczny chorego. Wydarzające się niekiedy zapad lub psychiczne podniecenie chorego wymagają koniecznie obecności lekarza. Wreszcie lekarz może sam najlepiej przekonać się o wrażliwości i osobniczem oddziaływaniu chorego na zabieg i zmienić go w razie potrzeby. Obecnością swoją podczas zabiegu wywiera czasem lekarz sugestyjny wpływ u histeryczek.

W psychiatryi, podobnie jak i w innych gałęziach medycyny, trudno mówić o jakichś formułkach wodoleczniczych w tem lub owem cierpieniu. Winternitz w dziele swojem zwraca kilkakrotnie uwagę, że w leczeniu wodą nie chodzi o formę zabiegu, że jednym zabiegiem można osiągnąć skutek w wielu wskazaniach, porównywując to z lekami aptecznymi; a więc nie forma, ale dawkowanie zabiegu odgrywa rolę. Jakkolwiek wiele zabiegów wodoleczniczych wykonywa się w psychiatryi tylko symptomatycznie, to jednak w obecnym stanie wiedzy można niektóre choroby umysłowe, a przynajmniej lżejsze ich formy usunąć, lub zmniejszyć ich nasilenie przez konsekwentnie przeprowadzone leczenie, nawet bez użycia przetworów odurzających. Najważniejszem zadaniem w leczeniu chorób umysłowych jest zwalczenie podniecenia psychicznego i ruchowego. Stan ten, wspólny wielu psychozom, jest objawem nasilenia chorobowego, a trwając dłużej, wpływa ujemnie na sen i odżywienie i szybko podkopuje siły chorego Nadto tacy chorzy, krzyczący i rozbijający się po sali w dzień i w nocy, zamącają spokój domowy i bywają powodem sporów, bójek, a często i okaleczeń.

Jak konieczną była zawsze dążność do uspokojenia podnieconych chorych, tak różne były drogi, któremi do tego celu zdążano. Po surowych środkach przymusowych jęto się leków odurzających; niezadowalniające wyniki i niepożądane ich działanie uboczne zmusiły psychiatrów do znacznego ograniczenia tych przetworów, a natomiast użycia wody jako czynnika leczniczego. Do leczenia wodą nadają się psychozy czynnościowe i anatomiczne, psychozy świeże i przewlekłe

Dobre wyniki zabiegów wodoleczniczych są szczególnie widoczne w podnieceniach maniakalnych tak, że Emminghaus[10]) uważa dobre skutki kąpieli dłuższych za objaw rozpoznawczy dla obłędu (manii). Dawniej używano do leczenia obłędu zimnych kąpieli; obecnie polecają ciepłe kąpiele dłuższe i wilgotne zawijania.

Schüle[11]) poleca ciepłe kąpiele na 2—4 godzin, albo krótkie kąpiele zimne o ciepłocie 10—12° na 8—10 minut, przyczem jednak wymaga się obecności lekarza ze względu na możliwy zapad, a chory powinien być w kąpieli nacieranym i dostawać wino. Krafft Ebing[12]) zwalczał podniecenia u maniaków kąpielami ciepłemi, trwającemi 12—24 godzin, lub mokremi zawijaniami.

Najlepszy skutek osiąga się w obłędzie (manii) po ciepłych kąpielach dłuższych, trwających po kilka lub kilkanaście godzin, lub jak w klinice Kraepelina kilka dni, a nawet tygodni w dzień i w nocy bez przerwy. Wymaga to większego zachodu, to też w zakładach spotykałem przeważnie dzienne kąpiele. Krzykliwy i ruchliwy maniak zamienia się po dłuższej kąpieli w żartobliwego i chełpliwego, chętnie leży w łóżku i zasypia często bez leku nasennego.

Podobnie, jak w czystym obłędzie, bywają ze skutkiem używane kąpiele i zawijania także w manii okresowej i obłąkaniu cyrkularnem, które Kraepelin ujmuje w jednostkę chorobową pod nazwą *„manisch-depressives Irresein.“* Chorzy uspakajają się, często zbytecznem bywa odosobnienie i leki odurzające, a przez systematyczne leczenie skraca się okres podniecenia.

W zakładzie naszym zauważyłem kilkakrotnie, że maniacy chętnie dawali się zawijać w prześcieradła, sami się rozbierali i bez zachęty na nie kładli; zawinięci, leżeli spo-

[10]) Matthes: Lehrbuch der klinischen Hydrotherapie.
[11]) Schüle: Klinische Psychiatrie.
[12]) Krafft Ebing: Psychiatrie.

kojnie, a nawet zasypiali, co korzystnie wpływa na przebieg leczenia.

Mniej skutecznymi okazują się wyniki zabiegów wodoleczniczych w stanach podniecenia tych wszystkich form chorobowych, które nazywamy ogólnem mianem *dementia praecox*, szczególnie u katatoników. Jednak i tu można często uzyskać tyle, że chory da się utrzymać w łóżku i niepotrzebuje odosobnienia, co jest pożądanem u katatoników z obrzękami stóp od ciągłego stania. Utrzymanie chorego w łóżku umożliwia sen i pozwala ograniczyć wysokie dawki chloralu lub sulfonalu.

Dłuższe ciepłe kąpiele dają dobre wyniki w psychozach z wycieńczenia (*amentia, collaps-delirium*). Uśmierzają one niepokój i popęd do ruchu, wzmagający się pod wieczór, chronią chorego od samouszkodzenia i ułatwiają sen, którego lekami sprowadzać nie można ze względu na złe odżywienie i ogólny stan chorego. W kąpieli siedzą chorzy tacy zwykle chętnie, często dadzą się nakarmić.

Tak w psychozach z wycieńczenia, jak w psychozach przewlekłych z następowem wycieńczeniem stosowane bywają zabiegi wodolecznicze nietylko jako środek uspokajający, ale także jako czynnik podniecający ustrój.

Ciepła kąpiel, krótka chłodna kąpiel z równoczesnem nacieraniem lub zmywanie u wrażliwych pacyentów działają odświeżająco, podnosząc krążenie obwodowe i wzmacniając unerwienie.

W tym samym celu i w tych samych formach bywa stosowaną woda w stanach przygnębienia (depresyi). Przygnębienia u melancholików, osłupienie u katatoników, staramy się usunąć zabiegami wodoleczniczemi, stosownie do sił chorego i jego osobniczej wrażliwości. U osłabionych z małem tętnem, chłodnemi kończynami, dobre oddają usługi kąpiele ciepłe z równoczesnem nacieraniem dla podniesienia czynności skóry. Wilgotne zimne zawijania nie są wskazane tam, gdzie z powodu osłabienia czynności serca nie można się spodziewać reakcyi. (Dok. nast.)

IV. O zastosowaniu mięsienia w różnych chorobach.

Podał

Dr. W. Chlumsky,

Docent chirurgii i ortopedyi Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

III. Mięsienie w chorobach ścięgien i pochewek ścięgnistych.

Niektóre postacie zapalenia ścięgien (*tendovaginitis*) ustępują łatwo pod wpływem mięsienia. Należy przytem głaskać ścięgno i pocierać w całej jego długości (*effleurage* i *friction*). Ugniatanie i klepanie (*petrissage tapotement*) rzadko bywa tu stosowane. W przypadkach tych należy postępować w ogólności ostrożnie, gdyż pod postacią zapalenia ścięgna kryć się może gruźlica, a rozpoznanie jej w tym okresie nieraz jest trudne. Zaznaczać zaś tego nie potrzebujemy, że mięsienie w gruźlicy może tylko szkodzić. Bardzo dobre wyniki otrzymać możemy mięsieniem w zapaleniach i zrostach ścięgien po urazach. Także w zrostach i skróceniach ścięgien po przebytej ropówce mięsienie jest wskazane i dobre daje wyniki.

Korzystnem też okazało się mięsienie w kilku przez nas leczonych przypadkach zapalenia pochewki ścięgnowej z trzeszczeniem (*tendovaginitis crepitans*). I tu udało nam się głównie głaskaniem i pocieraniem (*effleurage* i *friction*) usunąć owe małe zgrubienia ścięgien i zwężenia torebki ścięgnistej, które w wymienionem cierpieniu utrudniają ruchy ścięgien. I wedle naszego zdania w przypadkach tych mięsienie jest najlepszym środkiem leczniczym. Ostrzegamy przed ulubionem unieruchomieniem ścięgna, które doprowadza często do zupełnego zrostu ścięgna z torebką, a wskutek tego do kalectwa. Mniej dobre wyniki przy mięsieniu dają stare przykurczenia ścięgien, przyczem tylko wielką gorliwością i wytrwałością można doprowadzić do polepszenia, względnie do wyleczenia. To samo możnaby odnieść do znanego skurczenia Dupuytrena, gdzie obok ścięgna i powięzi także i sąsiednia tkanka bywa chorobowo zajętą, a gdzie tylko w okresach początkowych dobrych wyników mięsienia oczekiwać można. W przypadkach takich chory traci wreszcie cierpliwość, przestaje się leczyć, lub też zgadza się na operacyę. Lecz i po operacyi o mięsieniu pamiętać należy, gdyż nawroty nie są wykluczone.

Najgorsze rokowanie daje puchlina ścięgien (*hygroma*), którą musimy najpierw rozgnieść, a potem gorliwem mięsieniem (pocieranie i głaskanie) starać się przeszkodzić gromadzeniu się na nowo cieczy.

IV. O mięsieniu w chorobach mięśni.

Najobszerniejszem zastosowaniem cieszy się mięsienie w chorobach mięśni, w których jest w istocie najskuteczniejszym środkiem, a obok gimnastyki niemal uniwersalnym.

A) Na pierwszem miejscu wypada nam wymienić mięsienie mięśni po urazach. Tak po urazach nieznacznych, jak uderzenie lub zgniecenie bez większych zmian anatomicznych, jak i po urazach poważniejszych, połączonych z wynaczynieniem krwi i przerwaniem włókien, działa mięsienie równie dobrze: zmniejsza następowy obrzęk tkanek, dopomaga wessaniu nagromadzonej cieczy przez tkanki sąsiednie, uśmierza ból, podnosi odżywienie i przyśpiesza wogóle wyzdrowienie. Dlatego też należy rozpocząć mięsienie jak najwcześniej, a w ślad za niem w przypadkach lżejszych wprowadzać ćwiczenia gimnastyczne; w przypadkach zaś, gdzie całe części mięśni zostały rozerwane, czekać trzeba z gimnastyką ośm do dziesięciu dni, czyli do czasu, aż się rana zagoi i blizna wytworzy. Jak już wspomnieliśmy, mięsienie przeciwdziała zanikowi mięśni nieczynnych, lub ich osłabieniu wskutek upośledzenia czynności po urazie.

To samo odnosi się do mięśni zresztą zdrowych, lecz upośledzonych w czynności wskutek zranień innych narządów sąsiednich: kości, stawów lub ścięgien.

Nie należy też zapominać o mięsieniu w cierpieniach, które powodują dłuższą nieczynność kończyny, lub zmuszają chorego do dłuższego przebywania w łóżku. W przypadkach tych rozpoczynamy mięsienie, o ile na to zezwala sama choroba, jak najwcześniej. Mięsienie spotęgowuje tu wymianę materyi, a wskutek tego podnosi stan ogólny chorego i leczy częściowo cierpienie pierwotne. Co zaś do sposobów mięsienia w powyższych chorobach i stanach nieczynności mięśni, to poleca się głównie głaskanie i ugniatanie, a w osłabieniach mięśni obok tamtych także klepanie. Rozcieranie ma w tych przypadkach mniejsze znaczenie.

B) Dalszy szereg chorób, w których mięsienie daje dobre wyniki, tworzą liczne choroby zapalne przewlekłe mięśni (zapalenie mięśni) i cierpienia gośćcowe przewlekłe, a także i ostre. W cierpieniach tych występują zmiany w samym miąższu mięśni, dające się wyczuć dotykiem, jako miejscowe lub rozlane stężenie i stwardnienie mięśni. Stwardnienie to bywa czasem tak nieznaczne, że tylko z trudnością wyczuć je możemy. Kiedyindziej zaś wytwarza węzły widoczne dla oka, które w sprawach ściśle zapalnych nie są zwykle same przez się bolesne, lecz przez swą obecność utrudniają czynność mięśni. Niekiedy węzły takie ulegają skostnieniu (*myositis ossificans*). Mięsienie ma za zadanie

stwardniałe te miejsca rozetrzeć i umożebnić ich wessanie. Co do sposobu mięsienia, to stosujemy tutaj głównie rozcieranie i ugniatanie z następowem głaskaniem; klepanie jest przeciwwskazane. Sposobami tymi często udaje się węzły te rozetrzeć i wstrzymać dalszy postęp choroby.

Cierpieniom gośćcowym towarzyszy obok stężenia mięśni i wytwarzania się węzłów także i znaczna stosunkowo bolesność. Wyniki po mięsieniu bywają, zwłaszcza w początkach choroby, wprost zdumiewające. Leczyliśmy kilka świeżych przypadków postrzału i szyi skośnej na tle gośćca, w których po kilku już mięsieniach chory doznał zupełnej ulgi; nie wszystkie jednak przypadki postrzału i szyi skośnej można leczyć mięsieniem; cierpienia te bowiem mogą mieć inną anatomiczną podstawę, którą przedewszystkiem rozpoznać i stosownie do tego postępować należy. Widzieliśmy n. p. znaczne pogorszenie w przypadku szyi skośnej, leczonej gdzieindziej mięsieniem bezskutecznie, gdyż cierpienie to polegało na gruźlicy kręgów. W przypadkach przewlekłego gośćca mięśniowego, a zwłaszcza przez dłuższy czas źle leczonych, gdzie dopiero po kilku dniach lub tygodniach od powstania choroby rozpoczęto stosowanie mięsienia, wyleczenie nie tak rychło następuje. I w tych przypadkach musieliśmy stosować mięsienie przez kilka tygodni, a nawet miesięcy, zanim otrzymaliśmy poprawę. Dlatego też im rychlej mięsienie rozpoczniemy, tem rychlej choroba ustępuje. W cierpieniach gośćcowych stosujemy najwięcej rozcieranie i ugniatanie z następowem głaskaniem. Nie należy też lekceważyć tu leczenia gimnastyką i prądem galwanicznym.

Gorsze wyniki dało nam mięsienie w nieprawidłowym postępującym rozroście i zaniku mięśni. Chorzy czuli się wprawdzie po mięsieniu nieco odświeżonymi i silniejszymi, poruszali się żywiej, lecz już następnego, a nawet tego samego dnia osłabienie wracało. W dwu przypadkach uzyskaliśmy polepszenie na czas dłuższy, lecz nigdy na stałe.

Z powodzeniem leczyliśmy mięsieniem kilka przypadków przykurczeń mięśni, chociaż i tu w dwu przypadkach (*contractura ischeamica*) wszelkie nasze wysiłki poszły na marne i dopiero operacya dała wyniki pożądane. Jak w przypadkach tych postępować należy, wskazaliśmy już przy omawianiu leczenia stężeń stawowych, których przyczyną są często przykurczenia mięśni.

Pozostałoby nam jeszcze omówić leczenie mięsieniem zaników mięśni w chorobach nerwowych. Przedmiot ten wyłożymy w rozdziale następnym. (Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Casper (Berlin). **Kilka słów w sprawie leczenia nowotworów pęcherza.** (*Medizinische Klinik*, 1905, Nr. 4). Pomimo ogromnego rozwoju, jakiego w ostatniem dziesięcioleciu doznała urologia, mało stosunkowo zajmowano się dotychczas nowotworami pęcherza. Samo ich rozpoznanie jest dziś dzięki cystoskopii łatwe; inaczej jednak ma się rzecz z rozstrzygnięciem dalszego, ze względu na rokowanie i leczenie bardzo ważnego pytania: czy guz, który stwierdziliśmy, jest przyrody dobrotliwej, czy złośliwej. Pewne wskazówki daje nam tu już sam obraz cystoskopowy. Najczęstsza postać nowotworów dobrotliwych, zwykły brodawczak, bywa zazwyczaj uszypułowany, z licznemi, drzewiasto rozgałęziającymi się kosmkami. Wprawdzie i rak przybierać może czasem podobną postać; częściej jednakże przedstawia się on jako rozlany w ścianach pęcherza naciek, który już przez odbytnicę wybadać możemy. Obok obrazu cystoskopowego uwzględnić należy szczegółowo cały przebieg kliniczny, ogólny stan odżywienia chorego, jakość, częstość i rodzaj krwotoków, ewentualne bole, towarzyszący nieżyt pęcherza; niekiedy zbadanie histologiczne oderwanych i wydzielonych z moczem strzępków nowotworu rzecz całą odrazu rozjaśnia. Leczenie bywa dwojakie: albo objawowe, łagodzące dolegliwości chorego, albo też doszczętne. Pierwsze z nich jest jednakie i wspólne, zarówno dla nowotworów dobrotliwych, jak i złośliwych. Parcie i bole łagodzimy rozmaitymi, wewnętrznie stosowanymi środkami uśmierzającymi, albo też wstrzykiwaniami do kiszki stolcowej zapomocą zwykłej glicerynowej strzykawki mieszaniny: antypiryny 1,0, nalewki makowca 10—20 kropel, rozpuszczonej w 20—50·0 wody. Tamowanie krwotoków, niekiedy długotrwałych i uporczywych, nastręcza czasem trudności; ze wszystkich środków ściągających, używanych wewnętrznie (garbnik, octan ołowiu, roztwór półtora-chlorku żelaza, ergotyna, wyciąg nadnerczy, podskórne wstrzykiwanie żelatyny), najlepsze stosunkowo autorowi oddała usługi styptycyna, podawana w postaci kołaczyków po 0·05 do 8 razy dziennie. Gdy to leczenie skutku nie odnosi, należy przystąpić do przepłókiwań pęcherza roztworem $^1/_{1000}$ lub $^1/_{500}$ azotanu srebrowego w ilości 100 grm. Zachwalanych przez innych wstrzykiwań do pęcherza błękitu metylowego autor nie poleca; przed wstrzykiwaniami wyjałowionej 2% żelatyny do pęcherza wprost ostrzega; o ile wyciąg z nadnerczy może działać miejscowo, jako lek ściągający naczynia, rozstrzygnąć powinny dalsze badania. W bardzo uporczywych przypadkach krwawienia zakłada cewnik na stałe celem zniesienia wszelkich kurczów pęcherza. Co się tyczy leczenia chirurgicznego doszczętnego, to omawia je osobno dla nowotworów dobrotliwych, a osobno dla złośliwych. Dla wycięcia nowotworu dobrotliwego mamy dwie drogi: jedną przez cięcie górne, drugą bez otwierania pęcherza — drogą cewki moczowej; w tym ostatnim przypadku wprowadza Casper przez cewkę podany przez siebie operacyjny cystoskop, zaopatrzony w pętlę, którą pod kierunkiem wzroku nasadza na szypułę nowotworu, zesznurowuje ją i wyrywa, albo galwanokaustycznie przepala. Wbrew twierdzeniom z wielu stron podnoszonym, metodę tę postępowania uważa autor za zupełnie bezpieczną z zastrzeżeniem, że dobrotliwość nowotworu nie ulega wątpliwości, a guz usadowiony jest w miejscu odpowiedniem i dostępnem, zwłaszcza w dnie lub na tylnej ścianie pęcherza; guzy, wyrastające z okolic, położonych blizko szyjki pęcherza, bywają zazwyczaj trudno dostępne. W ogólności pytanie, czy należy dany nowotwór dobrotliwy operować lub nie, a w razie istotnej potrzeby operacyi, którą należy wybrać metodę postępowania, powinno być dokładnie ze wszystkich stron rozpatrzonem w każdym pojedynczym przypadku. Przy doszczętnem usuwaniu nowotworów złośliwych może być mowa tylko o cięciu górnem. Zadanie chirurga jest tu bardzo ciężkie i niewdzięczne; statystyka operacyi, dokonanych przez samego Caspra, jakoteż statystyka z kliniki Küstera w Marburgu i Czernego w Heidelbergu, przedstawiają się bardzo smutno; tak n. p. z 31 chorych, operowanych przez Czernego, zmarło 14 bezpośrednio po operacyi, 13 w ciągu ½ roku, u 3 pojawił się nawrót już po upływie ½ roku, a tylko 1 chory nie okazywał dłuższy czas skłonności do nawrotu. Dla tych smutnych widoków Casper jest w ogólności przeciwnikiem operacyi nowotworów złośliwych pęcherza, z wyjątkiem chyba tylko przypadków, gdzie zachodzi ścisłe wskazanie do rękoczynu, n. p. niczem nie dający się powstrzymać krwotok, lub nieznośne i nie dające się usunąć parcie. Przy obecnym stanie techniki operacyjnej chorzy w ogólności lepiej się mają i dłużej się dadzą utrzymać przy życiu bez operacyi, aniżeli z nią. *Wilczyński.*

M. Rejchman. **O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka zapomocą głodzenia.** (*Gaz. lek.* 1905, Nr. 1). W przypadkach, w których albo leczenie zwykłe, (spokój, dyeta mleczna, ewentualnie płynna, okłady ciepłe, zwykle używane środki apteczne) zawodzi, albo znachodzi się nadzwyczajna wrażliwość błony śluzowej żołądka, powodująca bole i wymioty po wprowadzeniu najmniejszej ilości obojętnego nawet płynu, poleca autor, z korzyścią zawsze przez siebie stosowane leczenie wrzodu peptycznego żołądka przez głodzenie. Głodzenie to przeprowadza jak najściślej, wzbraniając tak przyjmowania wody, jak i połykania nawet śliny; dla zwalczania uczucia pragnienia i suchości w ustach poleca tylko jak najczęstsze płókanie ust i gardła, dla podtrzymania zaś odżywienia odżywcze lewatywy (100—750 grm.); w razie zaś zapadu, co się zresztą bardzo rzadko zdarza, środki pobudzające podskórnie lub hipodermoklizy z roztworu soli. Z naciskiem podkreśla autor możliwość pojawiania się przy leczeniu głodowem, jako powikłania, ropnych spraw w gruczołach przyusznych, tłómacząc je brakiem mechanicznego oczyszczania się jamy ustnej przy żuciu pokarmów i poleca obok pilnego płókania jamy ustnej 4% roztworem kwasu borowego jak najdokładniejsze wycieranie wacikiem, napojonym tym roztworem, błony śluzowej ust i policzków. W większości przypadków leczenie to trwa około 10 dni, ale czasem przedłużyć je trzeba do 12—15 dni; w zasadzie głodzi się chorego 5—7 dni po ustąpieniu krwotoku; wyleczenie zwykle zupełne. Głodzenie w większości przypadków bywa bardzo dobrze znoszone, czasem musi być przerwane z powodu zupełnego braku odporności ustroju.

Dr. B. Kwiatkowski.

J. Pawiński. **Hypostheuia cardio-vasculosa climacterica.** (*Gazeta lek.* Nr. 1, 1905). W przeciwieństwie do spotęgowanego napięcia tętniczego w okresie zaburzeń klimakterycznych, stwierdza się czasem podczas tychże zaburzeń objawy zmniejszonego parcia krwi z niedomogą mięśnia sercowego, obok wybitnego zajęcia całego układu nerwowego. Na te przypadki rzeczywistej wyczerpalności układu mięśniowo-nerwowego w okresie wieku przejściowego, której podlegać zdaje się i mięsień sercowy z wszystkimi znanymi objawami niedomogi, zwraca uwagę autor, podkreślając jednak konieczność wykluczenia przy rozpoznaniu powyższych objawów niewytrzymałości nerwowej lub histeryi przed okresem klimakterycznym u danego osobnika. Przebieg zwykle przewlekły, zejście zazwyczaj pomyślne. — Patogeneza, — zaburzenia w układzie mózgowordzeniowym, dla których z dwóch możliwości: drogi odruchu z narządów płciowych (jajników przedewszystkiem) i samozatrucia, autor przemawia za tą ostatnią, przyjmując dlań za źródło brak zupełny lub też niedostateczne wydzielanie się wewnętrznej sekrecyi jajników; autor nie wyklucza jednak i możliwości wpływu dalszych gruczołów, jak gruczoł tarczykowy, nadnercze itp. Co do leczenia, to naturalnie musi ono się różnić od leczenia przypadków o wzmożonem ciśnieniu, zatem poleca kofeinę, żelazo, arszenik, wronie oko, wino w umiarkowanej ilości, dyetę pożywną, spokój, lekkie zabiegi wodolecznicze, pobyt na świeżem powietrzu w klimacie miernie górskim lub południowo-morskim. (Własnych spostrzeganych przypadków 24). *Dr. B. Kwiatkowski.*

A. Sokołowski. **O leczeniu przeciwgorączkowem suchotników.** (*Medycyna*, Nr. 1, 1905). Poświęcając sporo uwag gorączce i jej przebiegowi w rozmaitych okresach gruźlicy płuc, podnosi autor całą ważność dokładnego poznania przebiegu i natężenia dobowego gorączki, jak również oddziaływania na nią danego osobnika, nim się przystąpi do jej zwalczania. Autor wyraźnie zaznacza, że dopóki dany suchotnik przedstawia choćby tylko najmniejsze podniesienia ciepłoty, mowy niema nietylko o wyleczeniu, ale o stanowczej poprawie, i jest bezwzględnie przeciwnym bezcelowemu podawaniu środków przeciwgorączkowych, wychodząc ze stanowiska, że gorączka powinna być zwalczaną tylko wtedy, gdy wywołuje widoczne i stałe zaburzenia, (brak łaknienia, bezsenność, poty nużące). Przyznając zresztą lekom aptecznym, z których wylicza przez siebie używane, li tylko działanie czasowe, na pierwszem miejscu stawia autor leczenie powietrzne i to nietylko w sanatoryach, szpitalach odpowiednio urządzonych, ale nawet w domach prywatnych. Obok leczenia powietrznego podkreśla autor korzystny wpływ na przebieg gorączki lżejszych zabiegów wodoleczniczych, jak obmywania ciała wodą czystą (14—15° R.), lub z dodatkiem wyskoku, kilka razy dziennie i odpowiedniego odżywiania. Wahania ciepłoty, zależne od powikłań, leczone być muszą przyczynowo. *Dr. B. Kwiatkowski.*

CHIRURGIA. Prof. Lanz. **Potomstwo osobników pozbawionych gruczołu tarczykowego.** (*Archiv f. klin. Chir.*, 1904). Autor zajmował się kwestyą wpływu na potomstwo pozbawienia rodziców gruczołu tarczykowego w całości lub w części. Z dawniejszych spostrzeżeń wspomina o uwadze Schiffa, który doniósł autorowi, że z operowanych zwierząt raz tylko jedna suka miała potomstwo, i to wykazywało zmiany krzywicze. Tracewski w rok potem doniósł autorowi, że jedna z operowanych przez niego suk miała potomstwo, i to również okazywało wybitne zmiany krzywicze. Autor robił doświadczenia na kotach, psach, kozach i kurach. Koty nie nadawały się, bo ginęły często wskutek zabiegu. Z kur jedna zniosła jajo, ważące 5 grm., zamiast prawidłowo 50—60 grm. Z 2 suk (jedna, użyta do kontroli) operowana miała szczenięta o wiele mniejsze, troszczyła się mało o nie, a sutki miała słabo rozwinięte. Od roku 1895—1898 udało się autorowi utrzymać przy życiu cały szereg psów, którym wycięto gruczoł tarczykowy, a to zapomocą karmienia ich gruczołem lub wstrzykiwania soku z gruczołu tarczykowego. Żadna z tych suk nie zaszła w ciążę. Jeden pies zmienił uwłosienie z krótkiego na długie, potem włosy wypadły i utworzyła się szczecina, jak u świń. Pies ten zapłodnił sukę, także pozbawioną gruczołu tarczykowego, i urodziły się 2 szczeniaki nieżywe. Autor także wyciął 38 kozom gruczoł i stwierdził w następstwie bezpłodność, ogłupienie, złośliwość, powstrzymanie wzrostu, zmianę uwłosienia, złe zwijanie się rogów, ustanie pragnienia. Kozy jeżeli rodziły, to głównie potomstwo męzkie. Wydzielanie mleka zmniejszało się po operacyi o połowę i więcej, a przy następnej ciąży było jeszcze skąpsze. Białko w takiem mleku ilościowo spada znacznie. W końcu przytacza autor przypadek chory u mężczyzny po wycięciu gruczołu. Utrata inteligencyi i zdolności płciowej, szczególnie tej ostatniej, była zupełna. Karmienie gruczołem odniosło świetny skutek, pacyent nawet się ożenił, lecz dzieci niema. Po zaprzestaniu terapii zdolność płciowa znów zmalała. W końcu zachęca autor do pilnego studyowania stosunku poruszonych przez siebie kwestyi. *Dr. Adolf Klęsk.*

Dr. Illyés. **O leczeniu cewnikowaniem moczowodów.** (*Deutsche Zeischrift f. Chir.*, 1905). Autor opisuje 7 przypadków, głównie roponercza, w których przez założenie na czas dłuższy (3—6 dni) cewnika do moczowodu chorej nerki otrzymał wcale dobre wyniki. Przez cewnik tak wprowadzony wypłókuje autor miedniczkę nerkową 4% rozczynem kwasu borowego, a w końcu stopniowanymi rozczynami azotanu srebrowego, aż do 1%. Sposób ten poleca szczególnie w przypadkach obustronnych zmian ropnych w miedniczkach i przy kamieniach nerkowych, gdzie operacya jest zabiegiem niebezpiecznym; radzi jednak leczyć najpierw jedną miedniczkę i dopiero, gdy mocz się wyjaśni, płókać drugą. *Dr. Adolf Klęsk.*

Dr. Goldenberg. **O wycinaniu pęcherza moczowego i zaopatrywaniu moczowodów.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie*, 1904). Wycinanie pęcherza moczowego w całości jest zabiegiem dozwolonym, jednak bardzo ciężkim, gdyż nie mamy dotąd sposobu zaopatrywania moczowodów, wskutek czego występuje często zakażenie nerek, kończące się śmiercią. Z 26 wykonanych dotąd wycięć pęcherza wyzdrowiało 10, czyli że śmiertelność wynosi 61·5%. Najlepsze wyniki daje wszywanie moczowodów do pochwy, a u mężczyzn operacya Maydla (wszycie moczowodów razem z trójkątem do kiszki esowatej 22% śmiertelności). Garré, szef autora, wyciął pęcherz, do jamy pozostałej zapuścił moczowody i mocz cewnikiem odprowadzał na zewnątrz. Gdy jama wysłała się ziarniną, pokrył ją zawiesiną nabłonka podług Mangoldta i w ten sposób otrzymał tylną ścianę nowego pęcherza. W pewien czas utworzył z wywłosionego płatu powłok brzucha przednią ścianę i stworzył nowy pęcherz. Pacyent oddawał dobrze 2 litry moczu na dobę, zmarł jednak po roku na przerzuty rakowe w moczowodzie, którym towarzyszyło ropne zapalenie miedniczek, nerki i opłucnej. Po przytoczeniu wszystkich prób zaopatrywania moczowodów, jak np. Glücka wszycie do prostnicy, Kryńskiego (skośne wszywanie), Poggiego (wszywanie do wyłączonej pętli jelitowej) i t. d., podaje autor swój sposób, polegający na tem, że tworzy, korzystając z klapy Bauhiniusza, pęcherz z kawałka jelita biodrowego tuż przy kiszce ślepej. Pętlę doprowadzającą wszywa do poprzecznicy wytępującej, a część wyłączoną wszywa w powłoki brzuszne, wszczepia do niej moczowody, a gdy to się podgoją, zamyka ten nowy pęcherz, jak zwykłą rzyć sztuczną. Klapa Bauhiniusza ma zamykać jelito ślepe i chronić przed zakażeniem kałowem moczowody i nerki. Metodę tę próbował dotąd autor na zwierzętach. *Dr. Adolf Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. Richter. **Zakrzep i zator w połogu, a zarazem występujące na tej podstawie schorzenia płuc u położnic.** (*Archiv für Gyn.*, Tom 74, Z. 1, 1905). Już dawno starano się uzyskać mniej lub więcej pewne objawy, któreby wskazywały na grożący zator lub ukryty zakrzep żył miedniczych. Między innymi Mahler zwrócił uwagę na t. zw. „tętno wspinające się" (*Kletterpuls*), jako na najważniejszy i jedynie pewny objaw, zapowiadający niebezpieczeństwo. Praca niniejsza uwzględnia ten objaw Mahlera; badanie swe opiera autor na materyale, obejmującym 16.000 porodów. Powstanie tętna „wspinającego się" tłómaczy Mahler w następujący sposób: przez zamknięcie żył zakrzepami i konieczność rozszerzenia się dróg ubocznych, powstają opory w krążeniu krwi; ponieważ zaś serce położnic jest zwykle lekko zwyrodniałe, może ono podołać tej zwiększonej pracy tylko przez częstsze skurcze. Liczba tętna, która jest największą z końcem utworzenia się zakrzepu, spada następnie szybko do normy po utworzeniu i rozszerzeniu się dostatecznej ilości dróg ubocznych. Tu więc idzie o tętno, które choć czasem powoli ale stale się podnosi z dnia na dzień, przy ciepłocie zwykle prawidłowej i niewątpliwie wykazuje, że osłabione serce wytęża się, aby przezwyciężyć jakieś przeszkody w krążeniu. Na 16.000 położnic, badanych przez autora, zachorowało 78 na zakrzep, a 20 na zator. Na tych 98 przypadków znalazł autor pewny objaw Mahlera 62 razy = 63%; nie był wyraźny 33 razy = 34%, a tylko w 3 przypadkach objawu tego nie było. Na podstawie tego materyału uważa autor objaw Mahlera jako zupełnie pewny. Autor podaje historyę chorób i dokładne protokoły sekcyjne 14 położnic, które zmarły nagle wskutek zatoru płucnego przy wysiadaniu z łóżka, przy ubieraniu się, i przy opuszczeniu kliniki. W końcu I. części pracy znajdujemy uwagi nad etyologią, rokowaniem i leczeniem zakrzepów i zatorów. Zdaniem autora szczególnie narażone są te położnice na zator, które miały zakrzep w kończynach dolnych już w ciąży. Tutaj wodnistość krwi, zastój jej w kończynach i powolny odpływ utrzymywały ten zakrzep w miejscu. Z chwilą jednak opróżnienia się jamy macicy, ciśnienie w dużych żyłach staje się znowu ujemne, krążenie szybsze i wtedy może się zdarzyć, że zakrzep, luźnie przylegający do

ściany żyły, zostanie porwany silniejszym prądem krwi. Objaw Mahlera może oddać wielkie usługi przy zakrzepach ukrytych w żyłach miedniczych, szczególnie jeżeli równocześnie wystąpią drobne zatory płucne, które same przez się jeszcze nie są śmiertelne, ale wskazują tem wyraźniej na grożące niebezpieczeństwo. Wówczas jest rzeczą lekarza i odpowiednio wyuczonej służby, aby przez nadzwyczaj czujną, staranną i sumienną opiekę powstrzymać wytworzenie się dalszych zatorów. Ta opieka, a z drugiej strony wielka cierpliwość i rozsądek chorych — są najważniejszymi czynnikami ochronnymi i leczniczymi. Kobietom, które przy porodzie okazują żylaki lub obrzęki na kończynach dolnych, należy te kończyny natychmiast zawinąć w flanelowe opaski i wysoko ułożyć: z chwilą, gdy tętno zaczyna się wspinać (przyczem najlepiej notować przeciętną tętna z całego dnia). należy zalecić bezwzględny spokój. a gdy dołączą się objawy, wskazujące na włosowate zatory, podawać co 3—4 godzin 0.03 makowca, a w razie osłabienia serca co ½ godziny jedną strzykawkę kamfory. Zapobiegawczo należy położnicom, które straciły dużo krwi lub okazują osłabienie serca, zalecić wcześnie wykonywanie ruchów kończynami dolnemi, a część dolną łóżka dobrze jest ustawić wyżej o 10—50 ctm.: nadto należy podawać środki podniecające i przez wstrzyknięcie roczczynu soli kuchennej wywołać żywszą czynność serca. Postępowanie to jest dopuszczalne tylko tam, gdzie niema podejrzenia rozpoczynającego się zakrzepu. W II. części swej pracy omawia autor pewne choroby płuc i opłucnej, zwykle natury zapalnej, które występują z pologu i pozostają w ścisłym związku z zakrzepami i włosowatymi zatorami. Drobne cząsteczki zakrzepów, dostawszy się do płuc, dochodzą czasem przez najdrobniejsze rozgałęzienia tętnicy płucnej aż do opłucnej, i tu wywołują proces zapalny, zwykle tylko ograniczony. Położnice takie skarżą się na kłucie w boku, najczęściej prawym, i lekkie przypadłości oddechowe; czasem występują także krwawe plwociny. Proces ten przebiega znacznie ostrzej, jeżeli zator zawlókł ze sobą jakieś drobnoustroje zakaźne o znacznej żywotności. Autor podaje 19 historyi chorób, na dowód, że stany powyższe u położnic często są następstwem zakrzepów i zatorów, i nie zawsze występują jako choroby samoistne, przypadkowe. Objaw Mahlera, który również wskazuje na pochodzenie zatorowe przytoczonych stanów, wystąpił wyraźnie w 42% przypadków, 10 razy był niewyraźny z powodu równoczesnej wysokiej ciepłoty, a raz tylko wypadł ujemnie.

Dr. E. Ehrenpreis.

Gaszyński. **Ratowanie noworodków od pozornej śmierci nowym sposobem sztucznego oddychania.** (*Now. lek.*, Nr. 1, 1904). Główna działalność lekarza przy ratowaniu pozornie zmarłego noworodka polega na 1) usunięciu z dróg oddechowych wszelkiej zawartości; 2) na wzmożeniu pobudliwości środka oddechowego i na 3) spotęgowaniu działalności serca. Pierwsza z tych czynności, t. j. usunięcie z dróg oddechowych nagromadzonej cieczy, o ile sprawa dotyczy oskrzeli, jest zawsze trudną i niedoskonałą, pomimo ścisłego stosowania sztucznego oddychania metodą Schultzego, gdyż płyn, spływający ku jamie ustnej, przy wdechu zostaje znowu wciągnięty z powrotem i to coraz głębiej. Ideałem sztucznego oddychania w tych okolicznościach byłoby takie ułożenie noworodka, żeby ponowne wciąganie płynów do głębszych oskrzeli było uniemożebnione, zatem ułożenie ustami ku dołowi. Wzmożenie pobudliwości dróg oddechowych wywołuje się bądź na drodze odruchowej, bądź zapomocą dostarczania powietrza do płuc. Metoda odruchowa jest tylko pomocniczą, zresztą zamartwica przytępia nerwy czuciowe, a tem samem i osłabia odruchy. Co się zaś tyczy wzmocnienia czynności mięśnia sercowego, to działanie lekarza polega na mięsieniu tego narządu, rodzaju ucisku na okolicę sercową, mniej więcej 120 razy na minutę. Autor wykazał ujemne strony sztucznego oddychania metodą Schultzego, a podaje własną, którą już od paru lat stosuje z dobrym wynikiem. Po oczyszczeniu dostępnych dróg oddechowych zajmuje autor pozycyę siedzącą i umieszcza noworodka na swojem kolanie pod kątem prostym do linii podłużnej kości udowej w ten sposób, aby plecki spoczywały okolicą łopatek na udzie autora, a główka zwieszała się lekko ku dołowi. Ręką prawą ujmuje autor obie nóżki dziecka w okolicy dolnej części goleni, lewą zaś ręką ujmuje obie rączki w okolicy kiści tak, aby palec wskazujący zajmował miejsce między rączkami dziecka, palec wielki obejmował prawą jego rączkę, pozostałe zaś palce — lewą. Nóżki unosi autor nieco ku górze tak, aby cały tułów dziecka wraz z nóżkami leżał, jak gdyby na równi pochyłej, z główką zwróconą ku dołowi. Pozycyę tę tułowia utrzymuje autor podczas całego aktu sztucznego oddychania, dla umożliwienia stałego odpływu cieczy z dróg oddechowych. Dla wykonania wydechu zbliża autor lewą swoją rękę wraz z rączkami dziecka do przedniej części klatki piersiowej i wywiera nią ucisk od przodu i górnej części klatki piersiowej dziecka do tyłu i ku stronie jamy brzusznej. Jednocześnie nóżki zbliża również do klatki piersiowej, zginając tułów dziecka w części lędźwiowej: przez zbliżenie nóżek trzewa cisną na przeponę i zmniejszają pojemność klatki piersiowej w dolnym jej odcinku. Wydech zatem jest całkowity. Dla wywołania wdechu autor wyprostowuje do linii tułowia kończyny we wszystkich stawach, przez co rozszerzają się dolne i górne płaty płuc. Wdech i wydech wywołuje autor 20 razy na minutę, a w przerwach wywiera parę ucisków na serce. Porównywując swoją metodę sztucznego oddychania z metodą Schultzego, dopatruje wyższości pierwszej w tem, że płynna zawartość oskrzeli ma ułatwiony i stały odpływ, że wdech i wydech mogą być normowane zależnie od naszej woli i potrzeby, że sam zabieg jest dla dziecka łagodniejszy; że pozwala on na jednoczesne mięsienie serca; że nie oziębia powierzchni ciała dziecka przez długotrwałe jego obnażenie i — że mało męczy wykonywającego zabieg.

A. K.

L. Pincus. **Ucisk, jako sposób leczenia w ginekologii.** (*Monatschrift f. Gyn.*, T. XXI, Z. 1, 1905). Według autora ucisk powinien mieć rozległe zastosowanie lecznicze w przypadkach wysięków zastarzałych, nie ulegających wessaniu, następnie w przypadkach, gdzie chodzi o usunięcie bolesności lub też zbytniej wrażliwości pewnych narządów, a to przez zmniejszenie energii życiowej odpowiednich czynników nerwowych, — wreszcie powinien mieć zastosowanie tam, gdzie idzie o podniesienie siły obiegu krwi. W ginekologii największe zastosowanie ma ucisk, wywierany od wnętrza pochwy i ucisk od zewnątrz przez powłoki brzuszne. Przy pierwszym, t. j. śródpochwowym, stosujemy balon powietrzny lub rtęciowy; do ucisku od zewnątrz posłużyć się możemy ręką lub też pewnymi przyrządami specyalnymi. Ucisk śródpochwowy zapomocą balonu w połączeniu z uciskiem przez powłoki brzuszne od zewnątrz uskuteczniamy w odpowiedniem ułożeniu chorej, t. j. najlepiej t. zw. „Mittelhochlagerung"; jest według autora wskazanym w cierpieniach przewlekłych tkanki okołomacicznej, w schorzeniach przydatków, w stanach zadrażnienia umięśnienia miednicy małej, w przypadkach niedostatecznego zwinięcia się macicy. Ucisk taki może być albo stały (przez parę minut), lub też przerywany. W przypadkach rozległej bolesności w obrębie miednicy małej najlepsze otrzymujemy wyniki, jeżeli zostawiamy na pewien czas w pochwie balon, czyli że najlepsze wyniki w tych przypadkach daje ucisk stały. Przed zastosowaniem metody uciskowej winniśmy jak najdokładniej opróżnić pęcherz i kiszkę stolcową. Wprowadzanie balonu do kiszki stolcowej zamiast do pochwy jest według autora nieracyonalnem ze względu na możliwe obrażenia błony śluzowej prostnicy; przez te obrażenia bowiem łatwo mogą się dostać drobnoustroje w obręb pochwy i wywołać zaostrzenie chorób, toczących się w obrębie miednicy małej. Wreszcie roztrząsa autor sposoby zwalczania u kobiet niedokrwistości, występującej objawowo w przebiegu cierpień narządów miednicy małej, i tu również wielkie znaczenie lecznicze przypisuje uciskowi, wywieranemu na serce (jedną ręką ucisk od strony brzucha popod łuk żebrowy w kierunku serca, drugą ręką ucisk na klatkę piersiową w kierunku ręki pierwszej). Co się tyczy ucisku wogóle, to radzi autor, by on początkowo nie miał zbyt wielkiego natężenia i by fala jego powoli wzrastała: — następnie ucisk nie powinien ustawać pierwej, dopóki wzmożona wrażliwość danego narządu, na który się ciśnie, nie ustąpi, a to trwa niekiedy 2—3 minut, a nierzadko nawet do 10 minut. Przy każdej formie ucisku, gdziekolwiek on będzie zastosowanym, odpowiednie ułożenie chorej niepoślednią odgrywa rolę.

Dr. Cetnarowski.

Dr. Christiani. **Zapalenie woreczka żółciowego w połogu.** (*Monatschrift f. Gyn.*, T. XXI, Z. 1, 1905). Autor ogłasza dwa przypadki zapalenia woreczka żółciowego na tle kamicy w połogu, spostrzegane w swojej praktyce prywatnej. W pierwszym przypadku postawienie pewnego rozpoznania, czy mamy do czynienia tylko z zapaleniem woreczka żółciowego, czy też już z ropniem tegoż, nie było tak łatwem; w drugim natomiast nie natrafiało na zbyt wielkie trudności: przebieg następowy w obu przypadkach był typowy, a zejście pomyślne. Autora zastanawia fakt, że wbrew twierdzeniu internistów, jakoby ciąża miała odgrywać pewną rolę w etyologii kamicy wątrobowej, a sam poród według nich miałby być czynnikiem wyzwalającym napad kolki wątrobowej, spostrzeżenia położników w tym względzie są tak skąpe. W piśmiennictwie położniczem zanotowano co najwyżej kilkadziesiąt przypadków napadu kolki wątrobowej podczas ciąży i w połogu, a w klinice Schauty na 40.000 porodów spostrzegano zaledwie 5 razy napad kolki podczas porodu, wtenczas, gdy znaną jest przecież rzeczą, że co najmniej 3% kobiet w wieku dojrzałym cierpi na kamyki żółciowe. To upoważnia autora do mniemania, że przypisywany przez internistów wpływ ciąży, względnie porodu, na etyologię kolki żółciowej jest co najmniej przesadzonym, jak z drugiej strony niepomiernie go dziwi zupełne zamilczenie w pewnych podręcznikach o możliwości podo-

bnego powikłania. Niezrozumiałym również dla niego jest fakt, że w podręcznikach również niema zupełnie wzmianki o możliwości powstania ropnego zapalenia woreczka żółciowego w przebiegu połogu. A zdarzyć się może, że nierzadko rozpoznaje się zakażenie połogowe tam, gdzie ma się do czynienia z ropniem woreczka żółciowego, i zamiast odrazu przystąpić do otworzenia ropnia, by nie dopuścić do powstania ogólnej ropnicy, zwalcza się różnymi sposobami mniemane zakażenie połogowe. Tu przytacza autor 3 przypadki z piśmiennictwa francuskiego ostatniej doby, gdzie dopiero jedenastego dnia postawiono prawdziwe rozpoznanie ropnia woreczka żółciowego, a do tego czasu myślano o zakażeniu połogowem i leczono je. *Dr. Cetnarowski.*

PEDYATRYA. Müller. **O przewlekłem zołzowem zapaleniu sutków u dzieci.** (*Deut. med. Woch.* 1905, Nr. 1). Na podstawie 4 spostrzeganych przez siebie przypadków opisuje autor powyższe cierpienie, jako chorobę *sui generis*, rozwijającą się niekiedy u dzieci zołzowatych i źle odżywionych. Cierpienie niema być przyrody zołzowogruźliczej, gdyż odpowiednie gruczoły pachowe nie bywają więcej zajęte, niż inne gruczoły chłonne. Cierpienie rozwija się powoli, bezgorączkowo. Często początkowo jeden gruczoł jest zajęty, lub nawet jedynie wycinek gruczołu. Gruczoł obrzęka do dwu- i trzechkrotnej objętości, staje się twardym, przy ucisku bolesnym, ma budowę zrazową, jest nad podstawą przesuwalnym, podobnie przesuwalną jest skóra nad nim; wydzieliny z niego wygnieść nie można. Dzieci skarżą się na szczycie choroby także na samoistne bóle kłujące, rozpromieniające się niekiedy w otoczenie, a dające się odnieść do ucisku zakończeń nerwowych. Cierpienie okazuje przebieg przewlekły i dobrotliwy, kończy się bowiem po paru miesiącach wyzdrowieniem. Nawroty są możliwe. Leczenie zmierzać powinno przedewszystkiem do poprawienia stanu ogólnego. Miejscowo zalecają się pędzlowania nastojem jodowym i wcierania maści z jodkiem potasowym. *Lewkowicz.*

Hüssy. **O drżeniu u dzieci.** (*Monatschrift f. Kinderh.*, 1904, grudzień). Opis 4 przypadków z wrocławskiej polikliniki i zestawienie przypadków, znanych z piśmiennictwa. U dzieci młodszych, w pierwszych latach życia drżenie rozwija się zwykle (2 przypadki autora) w bezpośredniem następstwie chorób zakaźnych, szczególnie zapalenia płuc. Za podstawę cierpienia należy przyjąć zmiany w mózgu przyrody zapalnej, powstające zapewne na drodze zatrucia i mogące niekiedy ustąpić bez pozostawienia głębszych spustoszeń, innym zaś razem pozostawiające po sobie upośledzony rozwój umysłowy. Drżenie obejmuje głównie kończyny, może być mniej lub więcej drobno- lub grubosieczne; jest zwykle trwałem, ustępuje tylko w głębokim śnie i nie zmienia się przy ruchach zamierzonych. Cierpienie ustępuje zwykle bez śladu po paru miesiącach. Zresztą przyczyną drżenia może być wodogłowie przewlekłe, gruźlica opon, rozsiane zapalenie mózgowia, guzy mózgowia (por. dwa przypadki referenta „Przegl. lek." 1903), porażenie dziecięce mózgowe (1 przyp. autora), wpływy dziedziczne, twardziel rozsiana, histerya (1 przyp. własny), względnie nerwica urazowa. Która część mózgowia musi być dotknięta, aby powstało drżenie, dotychczas nie jest rozstrzygnięte. *Lewkowicz.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. F. Engelmann. **Ostry ucisk na koniec rdzenia pacierzowego** (*cauda equina*). **Operacya. Wyzdrowienie.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, Nr. 51). Opisany przez E. przypadek budzi szczególniejszy interes, raz z powodu rzadkości rozpoznania za życia tego rodzaju cierpienia, powtóre zaś ze względu na pomyślny wynik podjętej operacyi. Chory, liczący lat 34, otrzymał postrzał rewolwerowy w kręgosłup, na wysokości czwartego kręgu lędźwiowego. Charakterystyczne, a bardzo silne bóle, niedomoga pęcherza i kiszki odchodowej, zniesienie odruchów ścięgien Achillesa przy utrzymaniu wszystkich innych, znieczulenia, ograniczone do okolicy otworu stolcowego i międzykrocza, a brak zupełny porażeń kończyn, przemawiały za rozpoznaniem ucisku na koniec rdzenia pacierzowego. Gdy i zdjęcie Roentgenowskie potwierdziło to rozpoznanie, wykazując obraz kuli, która utkwiła między piątym kręgiem lędźwiowym, a pierwszym krzyżowym, wyd byto pocisk drogą operacyjną. Już w dniu operacyi bóle zmalały znacznie; w 10 dni później poczęły ustępować i inne objawy, a po czterech miesiącach lekkie i ograniczone znieczulenie było jedyną zmianą, która pozostała. Autor zestawia dokładnie odnośne piśmiennictwo i zastanawia się nad objawami, pozwalającymi odróżnić obrażenia dolnych części rdzenia od obrażeń ogona końskiego. (Podobny zupełnie przypadek został opisany przez Boltona: kula, która utkwiła w przewodzie krzyżowym (*canalis sacralis*), została usunięta na drodze operacyjnej, a stan chorego ogromnie się poprawił. Przypadek ten uszedł uwagi autora, a szkoda; zestawienie tych dwóch przypadków bowiem mogłoby być nader pouczającem. (*Przyp. ref.*) *Dr. Rydel.*

J. Hey. **Przyczynek do poznania porażenia Landryego.** (*Münch. med. Woch.* 1904, Nr. 51). Autor zestawia naprzód w porządku chronologicznym rozwój tego nozologicznego pojęcia. Według prac Landryego, (1859) Kussmaula, Westphala i Leydena porażenie to jest wiotkie, występujące nagle u ludzi dotychczas zupełnie zdrowych, poprzedzone lekkiemi zaburzeniami czucia, a rozpoczynające się najczęściej w obwodowych częściach kończyn dolnych, skąd się szybko rozszerza na tułów i kończyny górne. Po kilku dniach następuje w większości przypadków śmierć przez zajęcie porażeniem mięśni oddechowych. Brak zmian odżywczych, tudzież ujemny wynik badania elektrycznego, charakteryzuje obraz kliniczny. Nie znamy zupełnie anatomicznego podkładu tego cierpienia: według jednych szukać ich należy w zakończeniach nerwów ruchowych w mięśniach: inni zaś przypuszczają, iż cały układ ruchowy, zarówno ośrodkowy, jak obwodowy, może przedstawiać zmiany anatomiczne. Co do etyologii istnieje podejrzenie, iż choroba ta powstaje na tle zakaźnem. (Najnowsze badania, może niedość przez autora uwzględnione, a dokonane udoskonalonymi środkami histologicznymi, wykazują rozsiane, różnorodne zmiany w rdzeniu i w rdzeniu przedłużonym, jak wypociny, wybroczyny, nacieki i zakrzepy; ogromna zaś liczba badań bakteryologicznych, uwieńczonych różnorodnymi, ale dodatnimi wynikami, daje niemal pewność, iż przyczyny tej choroby szukać należy w zakażeniu. *Przyp. ref.*). Autor opisuje przypadek tej choroby, która wystąpiła u człowieka, 24 lat liczącego, bezpośrednio po ziopieniu gruczołów wskutek zakażenia palca u prawej ręki. Wśród typowych objawów porażenia wstępującego wiotkiego śmierć nastąpiła po czterech dniach. Przypadek ten należy bezwątpienia uważać za klasyczny przykład porażenia Landryego. *Dr. Rydel.*

A. Bielschowsky. **Objawy oczne w „myasthenia gravis".** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 51, 1904). Autor opisuje przypadek tej choroby, w którym obok bardzo wybitnych objawów ze strony oczów (opadnięcie powiek, porażenie wewnętrznych mięśni gałki), innych objawów, zwłaszcza w początku choroby, nie było. Przestrzega zatem B., aby w każdym przypadku, w którym istnieje obustronne częściowe lub zupełne porażenie mięśni ocznych zewnętrznych, pamiętać przy ustalaniu rozpoznania o „myasthenia gravis". *Dr. Rydel.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Voss. **O zatorach rtęciowo-parafinowych.** (*Dermatologische Zeitschrift*, Band XI, Heft 7, 1905). Autor uważa zatory, spowodowane wstrzykiwaniami miąższowemi nierozpuszczalnych przetworów rtęci, za rzadkie i wcale nie niebezpieczne następstwo leczenia kiły tym sposobem. Zejście śmiertelne po wstrzyknięciu salicylanu rtęci, podane przez Neubecka w roku 1902, jest dotąd jedynym przypadkiem tego rodzaju.

Na 1373 osób, leczonych w ciągu siedmiu lat 13.671 wstrzykiwaniami, miał Voss 15 przypadków zatorów.

Do wstrzykiwań używano najczęściej salicylanu rtęci w roztworze parafiny. W 9 przypadkach spostrzegał autor w krótki czas lub bezpośrednio po wstrzyknięciu objawy zatoru płucnego, a mianowicie silne podrażnienie do kaszlu, duszność i kłujący ból po bokach klatki piersiowej; natomiast w czterech przypadkach nie było żadnych bezpośrednich objawów ze strony płuc, zjawiały się one dopiero dnia następnego, lub nawet później, tworząc obraz ogniskowego zapalenia. Że to zapalenie było przyrody zatorowej, wskazywał na to ujemny wynik badania plwociny i sam przebieg choroby, której pierwszym zwiastunem bywało podwyższenie ciepłoty: samo zaś ognisko zatorowe powstaje w tych przypadkach przez zatkanie większej tętnicy płucnej i dlatego, znajdując się w środkowej części płuc, daje objawy fizykalne dopiero wtedy, gdy się znacznie powiększy.

Napady zaś kaszlu, wybitne bóle w boku lub plecach, występują wskutek podrażnienia opłucnej przez obwodowe ognisko zatorowe, które powstaje z powodu zatkania drobnej tętniczki płucnej. Łagodny przebieg we wszystkich przypadkach zatorów, jakoteż mała ich ilość w stosunku do ilości wstrzykiwań, nie powinna odstraszać, jak autor sądzi, od leczenia kiły wstrzykiwaniami miąższowemi. *Dr. Stopczański.*

Thim. **Vasenol jako nowa podstawa dla maści.** (*Dermatologische Zeitschrift*, Band XI, Heft 8, 1905). Chemiczna fabryka Koeppa w Lipsku przedstawiła przed rokiem nowe przetwory, waseliny, których chemiczne i fizyczne własności pozwalają się spodziewać obszernego zastosowania w leczeniu chorób skórnych. Jako gotowe przetwory weszły w użycie *vasenol*, *vasenolum liquidum* i *Vasenol-puder*. „Vasenol" jest zawiesiną waselinową, zawierającą 25% wody. Przetwór ten jest żółtawobiałej barwy i maściowej zbitości. Przetwór ten jest łagodnym, nie drażniącym kremem i nadaje się do sporządzania maści i past. „Vasenolum liquidum" jest

cieczą oleistą, zawierającą 33½% wody; nadaje się do natłuszczania zgłębników i cewników przed użyciem, do sporządzania płynnych maści i past, do napajania tamponów, wreszcie — jako środek rozpuszczalny dla rozmaitych leków.

„Vasenol — puder", delikatny, biały, dobrze przylegający proszek, zawierający 10% vasenolu, jest środkiem dobrze oczyszczającym, jakoteż osłaniającym skórę.

Autor używał do wstrzykiwań podskórnych zawiesiny nierozpuszczalnych przetworów rtęci w vasenolu płynnym, przyczem nigdy nie zauważył ani większej bolesności w miejscu wstrzyknięcia, ani nie miał przypadku zatoru płucnego. Również zastosował autor vasenol w leczeniu poronnem świeżej zupełnie rzeżączki z bardzo dobrym wynikiem. Do leczenia rzeżączki podostrej vasenol się nie nadaje, a to ze względu, że zbyt długo jako ciecz oleista pozostaje w cewce i zatrzymując wskutek tego wydzielinę, sprowadza częste powikłania. Wreszcie autor poleca vasenol do dalszego wypróbowania, uważając swoje spostrzeżenia za niekończone. *Dr. Stopczański.*

Dziembowski. **Białkomocz wskutek zatrucia rtęcią.** (*Now. lek.*, Nr. 1, 1904). Zdania autorów o ujemnem działaniu przetworów rtęciowych na nerki są podzielone. W istocie zachodzi nieraz wielka trudność w nabraniu przekonania, czy białkomocz, pojawiający się podczas leczenia rtęcią, jest wynikiem działania właśnie tej rtęci, czy też zakażenia kiłowego, dla zwalczania którego chory rtęć zażywa? a wreszcie, czy w danym przypadku białkomocz nie istniał już przed zakażeniem się kiłą i rzekomem zatruciem się rtęcią? Ta trudna etyologia białkomoczu podczas leczenia kiły rtęcią jest prawdopodobnie przyczyną różnorodności zdań autorów. A jednak rozpoznanie etyologiczne ma doniosłe znaczenie dla rokowania: albowiem, z wyjątkiem rzadkich przypadków, w których dochodzi do marskości nerek, zwykle białkomocz, będący następstwem zatrucia rtęcią, przemija doszczętnie po wydaleniu się rtęci z ustroju. Autor przytacza przypadek chorego, którego badał w pierwszym roku zakażenia się kiłą i stwierdził brak białka w moczu. Po paru latach chory powtórzył leczenie rtęcią, mianowicie drogą podskórną. Autor, wezwany do zbadania pogorszonego zdrowia, rozpoznał rtęcicę, w szczególności zapalenie cuchnące dziąseł, białkomocz (0,8% Esbach), w osadzie moczowym liczne wałeczki szkliste i wielką ilość węglanów i fosforanów wapna, świadczących o zatruciu rtęcią (Salkowski). Ponieważ autor znał i badał tego chorego dawniej, chory zaś nie przebywał żadnej innej choroby zakaźnej i nie używał innych leków, prócz rtęci, przeto zajęcie to nerek nie da się wytłómaczyć inaczej, jak zatruciem rtęcią. Zwykłe leki i kąpiele, stosowane w ciągu 6 miesięcy, pozostały bez wpływu na białkomocz, a obawa marskości nerek przyczyniła wiele niepokoju. Wyczerpawszy terapię klasyczną, polecił autor choremu herbatę z liści brzozowych; po dwóch już tygodniach białkomocz doszczętnie ustąpił, gdyż w ciągu następnych dwóch lat nie powrócił. Oczywiście, czyni uwagę autor, białkomocz ustąpił nie od herbaty z liścia brzozowego, lecz wskutek wydzielenia się resztek rtęci z zatrutego ustroju i ustąpienia zmian, które to zatrucie wywołało w nerkach. *A. K.*

Gerzabek. **Incontinentia urinae jako powikłanie stulejki.** (*Nowiny lekarskie*, Nr. 1, 1904). Autor wymienia wszystkie zmiany, które wywołuje stulejka i zalicza do nich: anatomiczne zmiany w samym napletku, wytwarzanie się kamieni pod napletkiem, zanik żołędzi, rozszerzenie i sprawy zapalne cewki moczowej, pęcherza, moczowodów i miedniczek nerkowych, zaburzenia w oddawaniu moczu, zanik innych części narządu płciowego, powstawanie przepuklin brzusznych skutkiem parcia tłoczni, zaburzenia w układzie nerwowym. Jednego atoli objawu nie znalazł autor w piśmiennictwie, który sam spostrzegał i w niniejszej pracy opisał, mianowicie samowolnego oddawania moczu w związku z stulejką. Do autora udał się po poradę 27-letni wyrobnik, którego zdrowiu i sposobowi życia nic zarzucić nie można. Stulejkę miał od lat najmłodszych. Mocz oddawał przy nader silnem napieraniu, które z roku na rok musiało się stawać silniejszem. Przed 8 laty wystąpiły bole w pęcherzu. W pół roku później spostrzegł chory piasek w moczu. Mocz odchodzi z wolą i wiedzą chorego, lecz nadzwyczaj często. Po dwóch latach oddawanie moczu stało się bezwiedne i samowolne i tylko kroplami. Piasek więcej już nie pokazywał się w moczu, znikły też i bole pęcherzowe. Wzwodu prącia nie doświadczał, nie miał również popędu płciowego, i co za tem idzie, — nie spółkował. Napletek „ryjkowato" wydłużony, zgrubiały i tkliwy. Otwór napletka zaledwo przepuszcza gałkowaty zgłębnik. Badanie zgłębnikiem wywołuje silny ból, świadczący o owrzodzeniu wewnętrznej powierzchni napletka. W rowku zażołędziowym chropowate złogi. Mocz odchodzi kroplami; prącie krótkie; ciało jamiste słabo rozwinięte, worek moszny mały, jądra słabo rozwinięte. Przy dwuręcznem badaniu stwierdza się małą objętość pęcherza w stanie tonicznego skurczu i twardy naciek w szyjce pęcherza. Po nacięciu napletka i w dalszym przebiegu choroby można było stwierdzić w całości pierwotne rozpoznanie wrodzonej stulejki z następowem samowolnem oddawaniem moczu. Po operacyjnem usunięciu stulejki mocz przestał wyciekać samowolnie, chory go oddawał bardzo często potrochu, lecz z wiedzą i wolą; częstość oddawania stopniowo stawała się mniejszą, a po 6 tygodniach wynosiła 1½—2 godzin. Wszystkie wyżej wymienione objawy słabego rozwoju i poczynającego się zaniku narządów płciowych stopniowo ustąpiły i wzmógł się popęd płciowy. *A. K.*

O. Lassar. **O dalszem przeszczepianiu kiły u szympansów.** (*Dermatologische Zeitschrift* Band XI, Heft 8, 1905). Przed kilku miesiącami przedstawiał autor w Towarzystwie lekarskiem w Berlinie szympansa, który okazywał wyraźne zmiany przeszczepionej kiły. Kiła objawiała się u tego zwierzęcia znacznem powiększeniem gruczołów łokciowych i karkowych, licznymi guzkami na dłoniach i stopach. Drobnowidowe badanie wyciętych kawałków tkanki z ognisk chorobowych wykazało utkanie, zgadzające się w zupełności z obrazem histologicznym zmian kiłowych u ludzi. Zatem przeszczepialność kiły ludzkiej na szympansy została w ten sposób stwierdzoną. Autor starał się wykazać, czy kiła u szympansów jest przeszczepialną z jednego zwierzęcia na drugie i w tym celu przy zachowaniu wszelkich ostrożności przeszczepił na kilka miejsc u zdrowego zwierzęcia wydzielinę kłykcin sączących szympansa z kiłą przeszczepioną. W dwa tygodnie po szczepieniu wytworzyły się w miejscach zakażenia owrzodzenia o charakterze wrzodów twardych, a w sześć tygodni później pojawiła się osutka guzkowa głównie na dłoniach i stopach, jakoteż na głowie i ramionach. Na podstawie swych doświadczeń, które potwierdzają przeszczepialność kiły u szympansów, sądzi autor, że możnaby na tych zwierzętach robić próby dla uzyskania surowicy przeciwkiłowej. *Dr. Stopczański.*

M. Joseph. **O niezwykle długim okresie utajenia rzeżączki.** (*Dermatologische Zeitschrift*, Band XI, Heft 9, 1905). Autor opisuje w swej pracy przypadki, spostrzegane bądź przez siebie, bądź przez innych, w których to przypadkach pierwszy objaw rzeżączki występował w 2—4 tygodni po ostatniem spółkowaniu Stern i Dreyer tłómaczą ten niezwykle długi okres utajenia rzeżączki bądź dostaniem się wydzieliny do worka napletkowego, gdzie może ona dłuższy czas pozostać i dopiero przypadkowo przy ruchach następuje zakażenie błony śluzowej cewki, albo też przewody okołocewkowe (jeżeli się znajdują), mogą być pierwszem miejscem usadowienia się zarazków, skąd za pośrednictwem rąk przeniesione być mogą do cewki. Autor sądzi, że rzeżączka o dwutygodniowym lub dłuższym okresie utajenia nie jest rzadkością i tylko z powodu nie zwracania uwagi na wywiady przypadki te zostają przeoczone. *Dr. Stopczański.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Dr. E. Freund. **O pierwszych zmianach, jakim ulega białko, wessane z narządu pokarmowego.** (*Wiener klinische Rundschau* 1905, Nr. 1). Doświadczenia były robione na zwierzętach, operowanych w trojaki sposób. W pierwszej seryi doświadczeń łączono podwiązaną aortę z żyłą bramną tak, że krew krążyła tylko od serca przez wątrobę do serca. W drugiej włączano w ten obwód także jelita. Krążenie odbywało się wtedy od serca przez tętnicę krezkową do jelit, przez żyłę bramną do wątroby i z powrotem do serca. W trzeciej tworzono krążenie od serca przez tętnicę krezkową do jelit, a przez żyłę bramną do serca z wyłączeniem wątroby. W każdem doświadczeniu badano krew, o ile ona się wzbogacała w powne składniki. Badania te dały następujące wyniki: 1. Wskutek resorbcyi białka pokarmów zjawia się we krwi żyły bramnej tylko mała ilość wytworów dalszego rozpadu białka: główną ilość przybytku stanowi nowy gatunek białka, stojący najbliżej globulin, rozpuszczalny w wodzie i krzepnący w stężeniu prawidłowej surowicy i oddziaływaniu obojętnem w cieplocie 68—70° C. (Parapseudoglobulina). 2. Białko to, przechodząc przez wątrobę, rozkłada się na albumozy i dalsze wytwory rozpadowe, niestrącalne kwasem fosforowo-wolframowym. 3. Białka krwi, które nie przeszły przez jelita, nie ulegają w wątrobie żadnej zmianie, natomiast: 4. Jeżeli krew przeszła przez jelita, wówczas część jej białek ulega zmianie na powyżej wymienioną „parapseudoglobulinę", która później w wątrobie i innych narządach rozpada się głębiej, i to nawet wtedy, gdy ustrój głodzimy. *Seńkowski.*

Dr. E. H. Riesenfeld. **O zawartości radu w zdrojach leczniczych i borowinach.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1905, Nr. 1). Znaczna część, a może wszystkie zdroje, pochodzące z warstw głębokich, posiadają w większym lub mniejszym stopniu własności promieniotwórcze. O ile dotychczasowe badania wykazały, wody mineralne nie zawierają samych pierwiastków promieniotwórczych, lecz tylko emanacye, ponieważ promieniotwórczość tych wód zmniejsza się po zaczerpnięciu, gdy tymczasem, w razie zawartości sa-

mychże tych pierwiastków promieniotwórczość ich nie ulegałaby zmianie. Że spostrzeżenia, że promieniotwórczość wód mineralnych zmniejsza się w cztery dni po zaczerpnięciu o połowę pierwotnej wartości, można wnosić, że emanacye wszystkich dotychczas obserwowanych wód mineralnych są emanacyami radu, a nie innych pierwiastków, których emanacye mają krótszy, lub dłuższy czas trwania. Źródła, pochodzące z bardzo głębokich warstw ziemi, posiadające wodę teluryczną, o której można przypuszczać, że się stykała z rozpalonem jądrem ziemi (magma), są bardziej promieniotwórcze, niż źródła płytkie, utworzone z przesiąkającej wody atmosferycznej; ich promieniotwórczość zwykle spada do zera. W przeciwieństwie do samej wody może muł głębokich źródeł zawierać same pierwiastki promieniotwórcze, o ile dotychczasowe badania wykazały, prawdopodobnie rad i radioaktywny tor. Względnie wysoką zawartość radu okazuje muł zdrojowy z Gastein i Baden-Baden, mniejszą, ale jeszcze wybitną fango z Battaglii, gdy tymczasem borowina karlsbadzka i francensbadzka, mimo że są w tym kierunku reklamowane, wcale pierwiastków promieniotwórczych nie zawierają.

Seńkowski.

L. Brieger i M. Krause. **O jadzie, służącym do zatruwania dzid w Kamerunie.** (*Zeitschr. f. experim. Pathologie und Therapie.* Tom I, zeszyt I, 1905). Autorowie badali zatrute dzidy, któremi mieszkańcy Kamerunu posługują się w czasie polowania na słonie. Słoń, ugodzony takową dzidzą, ma natychmiast padać martwy. Z wiadomości, otrzymanych z Kamerunu, dowiedzieli się autorowie, iż jad, którym zaprawiają mieszkańcy Kamerunu swe dzidy, pochodzi z drzewa, noszącego miano *strophantus.* Otrzymawszy rzeczony jad z dzid w stanie czystym, przekonali się autorowie, iż własnościami chemicznemi nie różni się on od „strofantyny", wyosobnionej przez Thomsa z rośliny *strophantus gratus.* Doświadczenia fizyologiczne, czynione na żabach, świnkach morskich i królikach, wykazały co następuje. Po wstrzyknięciu pod skórę jadu świnkom morskim i królikom zwierzęta te niebawem dostają drgawek, wśród których rychło zdychają. Badanie zwłok wykazało: serce skurczone i bez krwi, a poza tem zmian żadnych. Doświadczenia, czynione na obnażonem sercu żabiem, na które autorowie puszczali po kropli jednoprocentowego roztworu jadu, wykazały, iż następuje zmiana w działalności serca: skurcze trwały coraz dłużej, wreszcie serce stawało w skurczu, przyczem nie było w niem zgoła krwi. Żaby, po wstrzyknięciu 0,1 mg. jadu, zdychały w 40 minut; również po 40 minutach padały świnki morskie 200 grm. wagi, po dawce podskórnej, wynoszącej 0,075 mg. Dla królików 2 kg. wagi śmiertelna dawka wynosi 0,39 mg. Po takiej dawce śmierć następowała w dwie godziny. A zatem fizyologiczne działanie jadu, otrzymanego przez Briegera i Krausego z dzid kameruńskich, zgadza się zupełnie z takowem działaniem strofantyny Thomsa. *A. Wrzosek.*

L. Brieger i M. Herz. **O wpływie krótkotrwających zabiegów wodnych na krążenie i oddychanie.** (*Zeitschrift für exper. Pathologie und Therapie*, Tom I, zeszyt I, 1905). Lubo wiele już rozprawiano i pisano o wpływie ciepłej i zimnej wody na krążenie i oddychanie, to jednak badania Briegera i Herza zasługują na uwagę ze względu na ścisłe metody, jakiemi się rzeczeni autorowie posługiwali. Oddychanie i tętno osobników zupełnie zdrowych notowano na kimografie. Do zapisywania oddychania posługiwano się pneumografem Oehmkego, zaś do zapisywania tętna przyrządem Gärtnera, który można było założyć w dowolnem miejscu na kończynach. Aby zbadać wpływ zimnych zabiegów, unikając jednocześnie mechanicznego podrażnienia, posługiwali się autorowie eterem. Okazało się, iż oziębianie eterem rozmaitych części ciała nie wywołuje żadnych dostrzegalnych zmian w oddychaniu. Natomiast pocieranie skóry kawałkiem lodu wywoływało stale znaczne przyspieszenie oddychania. Pogrążając części kończyn do wody, mającej 40° C., otrzymywano niejednakowe wyniki. Krótkotrwające polewania uda wodą o 10—12° C. wywoływały zawsze przyspieszenie i pogłębienie oddychania. Wreszcie chłodne natryski 13° C. nie wpływały na częstość oddechów, a tylko powodowały głębsze wdechy. Wpływ ciepłych zabiegów na oddychanie był tak rozmaity, iż nie można było zauważyć żadnej w tej mierze prawidłowości. Co się tyczy tętna, to łagodne bodźce oziębiające, a do takich autorowie zaliczają polewanie ramienia eterem, wywoływały zmniejszenie się liczby uderzeń tętna. Zmniejszenie to w czasie ochładzania najdobitniej występowało w pierwszych sekundach. Przeciwnie, działanie zimna, połączone z mechanicznem działaniem strumienia wody, a więc polewania zimną wodą i zimne natryski zrazu wywoływały przyśpieszenie tętna, poczem następowało zwolnienie jego. Pocierając skórę lodem, czyli łącząc silne działanie zimna z łagodnem podrażnieniem mechanicznem, otrzymywali autorowie stale zmniejszenie się liczby uderzeń tętna. Początkowe przyśpieszenie tętna zawsze było nieznaczne, owszem pocierając ramię ostrożnie, nie można było całkiem zauważyć przyśpieszenia tętna. W czasie krótkotrwających zabiegów z ciepłą wodą wyniki były, z wyjątkiem jedynie ciepłych natrysków, tak różnorodne, iż żadnych ogólniejszych wniosków nie można było z nich wysnuć. Ciepłe natryski stale przyspieszały tętno, natomiast oblewania ciepłą i gorącą wodą rozmaitych części ciała jużto przyspieszały tętno, jużto opóźniały je. *A. Wrzosek.*

VI. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Zarys dziejowy

przez

Prof. Dra L. Wachholza.

„. . Słońce prawdy wschodu nie zna i zachodu."
(A. Mickiewicz).

(Ciąg dalszy).

Z pośród wielkiej liczby prac prof. Janikowskiego zajmuje pierwsze miejsce „Słownik terminologii lek. polskiej", opracowany wspólnie z Drem Kremerem i prof. Oettingerem. Prócz tej pracy liczy jego literacki, a drukiem ogłoszony dorobek 47 kazuistycznych, nieraz dla praktyki sądowo-lekarskiej nader ważnych i cennych przyczynków, oraz 3 prace treści ogólnej, t. j. „Uwagi o wykładzie medycyny publicznej, szczególnie sądowej w uniw. paryskim i niektórych niemieckich" (Pam. Tow. lek. Warsz. 1861, T. 46), „Szemat słownictwa rodzajów śmierci" (Tamże 1866, T. 55) i „O różnicy oparzelisk sprawionych za życia, lub pośmiertnych". (Tamże 1860). Wszystkie prace były ogłoszone wyłącznie tylko w polskim języku w „Pamiętniku Tow. lek. Warsz.", w „Przeglądzie lekarskim" i „Dwutygodniku med. publ."

Autor kroniki Uniw. Jag. (Kraków, 1887) wyraża się o Janikowskim: „bez zakładu, bez asystenta i dotacyi, pomimo benedyktyńskiej pracowitości nie zdołał podźwignąć katedry swego przedmiotu, niewymowny zaś, nie błyszczał jako lekarz sądowy". Zdanie to w znacznej części niesłuszne, albowiem Janikowski zdobył dla katedry osobne prosektoryum, będące na owe czasy niemal jedyną częścią zakładów podobnych, nadto uzyskał nadzwyczajną i stałą roczną dotacyę. Jeśli zaś uposażenie, zyskane przezeń, było więcej niż skromne, powinien był kronikarz pamiętać o tem, że Rząd ówczesny i zły stan finansów państwa (po wojnie włoskiej i pruskiej) nie dozwalały na szczodrobliwość w tej mierze. A zresztą i późniejszy, zabiegami następcy Janikowskiego uzyskany zakład w wynajętem prywatnem mieszkaniu, nie odpowiadał jeszcze wcale celowi i do ściślej naukowej pracy się nie nadawał. W każdym razie to, co zdobył Janikowski dla swej katedry, nosiło na sobie w porównaniu z przeszłością piętno postępu; tem samem nie może się ostać twierdzenie, że nie zdołał on podźwignąć swej katedry. Podczas gdy do czasów Janikowskiego katedra medycyny sądowej nie posiadała żadnego inwentarza, to za jego czasów inwentarz się tworzy. Inwentarz ten składał się w chwili objęcia katedry przez jego następcę ze 122 sztuk, t. j. z 46 sprzętów (biórko, stoły, stołki, fotel, szafa, wieszadła, stół sekcyjny kryty blachą, umywalnia, lampy, pieczęć itd.), z 48 sztuk narzędzi sekcyjnych, z mikroskopu Märza, lupy wielkiej, małego spektroskopu, ważki decymalnej, przezmianu i t. d., z 20 dzieł w 23 tomach, z szkieletu jako przedmiotu muzealnego i z menzurki na 50 grm., jako przyrządu laboratoryjnego. Inwentarz ten przedstawiał wartość 673 zlr. 93 kr.

Wszystkie prace Janikowskiego są niemal wyłącznie przyczynkami kazuistycznymi. Jeżeli obecnie podobne publikacye nie dałyby się usprawiedliwić, to nie można zapominać, że odpowiadały one wymaganiom czasu. Kierunek kazuistyczny, któremu takie powagi w zakresie med. sąd., jak Casper, Maschka itd. zawdzięczają swe imię, przetrwał Janikowskiego, a stał się on podstawą nowego, t. j. obecnego kierunku badań doświadczalnych, zapoczątkowanego przez Hofmanna w Wiedniu.

Następcą prof. Janikowskiego został Dr. Leon Blumenstok, do tego czasu nadzwyczajny profesor medycyny sądowej na Wydz. prawa w Uniw. Jag.

Leon Blumenstok, później Halban, ur. w r. 1838 w Krakowie, pobierał w mieście rodzinnem nauki i tutaj uzyskał stopień doktora medycyny w roku 1862. Mimo bardzo szczupłych środków materyalnych udał się następnie na dalsze studya do Wiednia, gdzie uzyskał stopień magistra położnictwa. Od roku 1863—1865 pełnił obowiązki asystenta kliniki chorób ocznych, zostającej pod kierunkiem prof. Dra Sławikowskiego. Kilka prac z zakresu oftalmologii zjednało mu uznanie ściślejszych kolegów tak, iż Tow. oftalmologiczne w Heidelbergu zaliczyło go do grona swego. W roku 1865, mianowany lekarzem sądu krajowego, pełnił te obowiązki aż do roku 1894 tak sumiennie i chlubnie, że zjednał sobie niebywały w tym względzie rozgłos i sławę znakomitego uczonego znawcy. Umysł bystry, ruchliwy, nie zadowolnił się powodzeniem praktycznem i przemijającym rozgłosem, starał się sięgnąć po trwalsze, bo naukowe uznanie. Zaczyna więc ogłaszać zrazu spostrzeżenia z własnej kazuistyki, szczęśliwym zbiegiem okoliczności nader obfitej w wyjątkowe i cenne przypadki, potem prace, krytycznie zestawiające i oświetlające ważniejsze zagadnienia z całego obszaru medycyny sądowej, komentujące w znakomity sposób sądowo-lekarskie ustępy odnośnych ustaw, lub dobywające na jaw historyczną przeszłość medycyny sądowej. Na podstawie wybitnego dorobku literacko-naukowego uzyskał w roku 1869 stanowisko docenta med. sąd. na Wydz. prawa po wygłoszeniu wykładu: „O wpływie med. sąd. na rozwój pojęcia dzieciobójstwa“ (Czasopismo prawniczo-polit.“ Kraków 1869, str. 18). Odtąd też po raz pierwszy odbywają się na Wydziale prawa wykłady med. sąd. Wskutek wniosku Wydz. prawa z 6 listopada 1870 został w roku 1871 mianowany nadzwyczajnym bezpłatnym profesorem med. sąd. na tymże Wydziale, zaś w roku 1873 pozyskał stałą płacę. Z chwilą śmierci prof. Janikowskiego został na wniosek Wydz. lek. w dniu 1 sierpnia 1881 mianowany zwyczajnym profesorem med. sąd. i rządowej na Wydz. lek. z zatrzymaniem nadal obowiązku wykładania med. sąd. na Wydziale prawa.

Zdobywszy zasługami dotychczasowemi katedrę zwyczajną ulubionej nauki, stara się ją podnieść i przystosować do nowych wymagań. W tym celu zyskuje staraniami swemi po raz pierwszy w roku 1881/2 pomieszczenie dla zakładu med. sąd. w realności przy ul. Kolejowej L. 15 (obecny miejski urząd cłowy), składające się z 4 pokoi, zaopatrzonych w gazowe oświetlenie; uzyskuje tymczasowego służącego zakładu, później mianowanego już stale, oraz demonstratora (od roku 1882) z płacą 300 złr. rocznie. Równocześnie przebudowano w tymże czasie za jego staraniem i wskazówkami budynek parterowy, położony przy klinice lekarskiej, mieszczący już poprzednio prosektoryum sądowo-lekarskie. W ten sposób składał się zakład z dwóch oddzielnych części. Jedną stanowił lokal, wynajęty przy ulicy kolejowej, który się składał z pokoju, przeznaczonego na kancelaryę zakładu, pracownię i muzeum, z pokoju, stanowiącego salę wykładową, z pokoiku, będącego mieszkaniem demonstratora, a później przyznanego w tegoż miejsce (od roku 1888) asystenta (z płacą 600 złr.), oraz z kuchni, będącej mieszkaniem służącego. Druga część zakładu w parterowym budynku przy klinice składała się z przedsionka, prosektoryum, zaopatrzonego w górne światło i od r. 1883 w marmurowy stół sekcyjny (sprawiony za kwotę 350 złr.), i z izby przeznaczonej na składanie zwłok przed sekcyą i po niej. Na urządzenie zakładu wyjednał w r. 1881 nadzwyczajną dotacyę w kwocie 600 złr., w roku 1883 i 1884 w kwocie 350 złr. (na zakupno stołu do sekcyi), wreszcie w roku 1891 w kwocie 300 złr. na zakupno mikroskopu Reicherta. Ponadto uzyskał od roku 1862 podwyższenie dotacyi zwykłej rocznej ze 100 złr. na 150, od roku 1886 na 200 złr. W tych warunkach rozwija się zakład z roku na rok pomyślniej, zwłaszcza zaś szybko wzbogaca się jego dziś niemal kompletny księgozbiór, dzięki stałym dorocznym jego darom. Wyniki zabiegów prof. Halbana około rozwoju zakładu przedstawia najlepiej stan inwentarza tego zakładu z roku 1895 w chwili, gdy zakład przeniesiono do nowo zbudowanego „Collegium medicum“. Inwentarz ten wykazuje znaczny postęp w uposażeniu zakładu, gdy się uwzględni stan jego w chwili objęcia kierownictwa przez Blumenstoka. Obejmuje on sprzętów, przeważnie jeszcze bardzo skromnych 49, narzędzi i przyborów do sekcyi zwłok 66, przyrządów naukowych (w tem 4 mikroskopy, jeden mały spektroskop Steinheila na podstawie, jeden spektroskop ręczny, stolik ruchomy do mikroskopu, mikroskop do preparowania, okular widmowy wedle Browinga) 23, wreszcie dzieł, atlasów i broszur 386 w 517 tomach i poszytach. Łączna wartość inwentarza wynosiła 5320 kor. 74 h. Prof. Halban usiłował także stworzyć zbiór preparatów z ważniejszych przypadków, które były przedmiotem sekcyi sądowo-lekarskich i policyjno-sanitarnych, dokonywanych w zakładzie. Zbiór ten liczył z końcem r. 1895 razem 90 preparatów, z czego 45 przypada na kości, przedstawiające różne ślady obrażeń; pozostała zaś połowa na preparaty z części miękkich, przechowywane w alkoholu. Zbiór preparatów przechowanych w alkoholu, był jeszcze liczbowo szczupłym i składał się przeważnie z okazów, nieodpowiednio dla braku środków pomieszczonych, wskutek czego też znaczna ich część (15) uległa z biegiem czasu zniszczeniu.

Działalność nauczycielska i naukowa prof. Blumenstoka (Halbana) były bardzo doniosłe. Umysł ruchliwy i bystry, wielkie ogólne, zwłaszcza zaś literackie, historyczne i prawnicze wykształcenie, obok rozległego doświadczenia zawodowego, zdobytego wieloletnią i nader wydatną praktyką sądowo-lekarską, oraz dar jasnego przedstawienia w żywem słowie i piśmie swojego przedmiotu czyniły jego wykłady w wysokim stopniu zajmującymi i wręcz popularnymi. Wykłady te wygłaszane wykwintnym i co najważniejsza poprawnym co do formy stylem, ubarwione przytoczeniami, zaczerpniętemi z dzieł poetów (zwłaszcza Szekspira), stanowiły dla ucznia, znużonego trudami pracowni i klinik, prawdziwy duchowy wypoczynek. Tę właściwość tak jego wykładów, jak i prac drukiem ogłaszanych, podniósł z naciskiem prof. Kratter z Gracu w liście kondolencyjnym, napisanym po jego śmierci: „Przedewszystkiem musi się go zaliczyć do rzędu ludzi o najszerszym umyśle wśród autorów naszego zawodu ściślejszego, a liczne jego prace składają wymowne świadectwo o ogólnem wszechstronnem wykształceniu, które staje się niestety coraz rzadszem w dzisiejszej pogoni za specyalistyczną drobiazgowością. Rzadko tylko spotyka się dziś autora lekarskiego, który umie jeszcze przytoczyć ustępy z Goethego, Szekspira, Byrona, Owidyusza, a tem bardziej Homera“. Jednak ta płynna i ujmująca forma wykładu, ilustrowanego obficie przypadkami, zaczerpniętymi bądź z własnej, bądź z obcej kazuistyki, zacierała niekiedy szczegóły techniczne i rzeczowe, których zresztą z powodu braku odpowiednio urządzonej pracowni i środków, szczupłości zbiorów itd. nie można było tak uwydatnić, jakby to było pożądanem, zapomocą doświadczeń lub liczniejszych demonstracyi okazów. W każdym razie i w tym demonstracyjnym kierunku jego wykładów, jakkolwiek nie mógł on jeszcze odpowiedzieć istotnym wymaganiom, zaznaczał się widoczny postęp w porównaniu z przeszłością, w której wykład polegał tylko na suchym teeretycznym wywodzie. W tych warunkach nie mogły być w wykładzie należycie uwydatniane te działy przedmiotu, które bez demonstracyi lub doświadczeń musiałyby się równać odczytaniu ich z jakiegokolwiek podręcznika. Do działów tych należy zaliczyć dział o badaniu śladów krwawych, zwłaszcza zaś dział o otruciach. Ponieważ niedostateczne uposażenie i pomieszczenie zakładu w prywatnej realności nie dozwalały jego współpracownikom, tj. demonstratorom,

a później asystentom, wykształcić się odpowiednio w pomocniczych i przygotowawczych gałęziach nauki lekarskiej, przeto zachęcał ich do uzupełniania swej wiedzy w tym kierunku w zakładach chemii, fizyologii, anatomii patologicznej itd. Uznając zaś wielką doniosłość praktycznego wykształcenia uczniów swych wogóle, wyjednał on w r. 1881 od magistratu odpowiedni materyał w zwłokach ludzkich, przesyłany zakładowi do sekcyi sądowych i policyjno-sanitarnych. Sekcye te odbywały się w obecności uczniów; sekcye sądowe wykonywane były przez asystenta i profesora, sekcye zaś policyjno-sanitarne wykonywali uczniowie pod jego lub jego asystenta kierunkiem.

W tem zarządzeniu, wielce doniosłem dla praktycznego wykształcenia uczniów, ujawnia się znaczny postęp nauczania medycyny sądowej w przeciwstawieniu do czasów dawniejszych, a postęp ten — to wielka zasługa Blumenstoka. Liczba dorocznie wykonywanych w zakładzie sekcyi wzrastała z biegiem lat stale. Wynosiła ona w r. 1882 (od 1/X—31/XII) ogółem 16 sekcyi (11 policyjnych, 5 sądowych); w r. 1883 sekcyi 61 (45 pol. 16 sąd.); w. r. 1884 sekcyi 67 (55 pol. 12 sąd.); w r. 1885 sekcyi 70 (54 pol. 16 sąd.); w r. 1886 sekcyi 65 (53 pol. 12 sąd.); w r. 1887 sekcyi 76 (63 pol 13 sąd.); w r. 1888 sekcyi 86 (79 pol. 7 sąd.); w r. 1889 sekcyi 77 (67 pol. 10 sąd.); w r. 1890 sekcyi 78 (66 pol. 12 sąd.); w r 1891 sekcyi 73 (59 pol. 14 sąd.); w r. 1892 sekcyi 88 (77 pol. 11 sąd.); w r. 1893 sekcyi 90 (83 pol. 7 sąd.); w r. 1894 sekcyi 100 (87 pol. 13 sąd.). Jakkolwiek podane tu liczby odbytych sekcyi nie były zbyt znaczne, a nawet wystarczające, aby przy przypadającej na te lata bardzo wielkiej liczbie słuchaczy obdzielić niemi wszystkich uczniów, w każdym jednak razie stanowiły one dostateczny materyał naukowy i do nauczania. Ten dotąd niebywały materyał sekcyjny umożliwił pracę naukową nie tylko samemu profesorowi, lecz także jego asystentom. (Dok. nast.)

VII. † Gustaw Piotrowski,

doktór wszechnauk lekarskich, profesor fizyologii w lwowskiej Akademii weterynaryi i docent tegoż przedmiotu w Uniwersytecie lwowskim, zakończył życie w Krakowie dnia 28 stycznia, licząc lat 41. Zmarły, syn profesora Uniw. Jagiel., urodził się w Krakowie; w rodzinnem mieście ukończył szkoły średnie i Wydział lekarski. Otrzymawszy stopień doktora wszechnauk lekarskich, poświęcił się fizyologii, i jako stypendysta studyował ten przedmiot zagranicą, szczególnie w Anglii. Z tych lat ogłosił kilka prac z zakresu fizyologii; w latach następnych był spółpracownikiem „Nowej Reformy“, wreszcie nie bez powodzenia próbował pióra na arenie studyów literackich.

Obdarzony niepospolitą zdolnością, gruntownie wykształcony, piękny, silny, wymowny, zdawało się, że wśród warunków, w których przebiegała jego młodość, przyszłość gotuje mu stanowisko pierwszorzędne w nauce i społeczeństwie. Los zawistny inaczej jednak pokierował jego życiem: ponad bogactwem przyrodzonych zalet i ponad skarbami nabytej wiedzy, rozpostarł swe czarne skrzydła wampir obłędu samobójczego i wyssał z jego duszy wszelką uciechę istnienia, wszelki urok życia; a gdy dwa targnięcia się nie skruszyły żelaznej budowy, cios trzeci nie zawiódł. Zmarł człowiek dręczony przez całe życie obłędnym popędem: spokój, którego nie zaznał na ziemi, niech go osłoni w życiu wiecznem.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

I. Ponieważ zwołane na dzień 29 stycznia b. r. Walne Zgromadzenie „Kasy chorych lekarzy“ z powodu braku kompletu nie przyszło do skutku, przeto

II Walne Zgromadzenie

odbędzie się w sobotę, dnia 25 lutego b. r. o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w Lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11, na dole).

Porządek dzienny:

Zmiana statutu.

Zwracamy uwagę, że w myśl § 21 ustęp 8 to zgromadzenie uchwala ważnie przy jakimkolwiek komplecie.

Lwów, dnia 30 stycznia 1905.

Kasa chorych lekarzy.

Zastępca sekretarza: *Dr. Skałkowski.* Przewodniczący: *Dr. Festenburg.*

II. Ze sprawozdania „Administracyi znaczków receptowych“ przedłożonego Prezesowi Tow. samopomocy, jako władzy kontrolującej, wynika, że ruch znaczkowy jest bardzo ożywiony i zapotrzebowanie znaczków zwłaszcza na prowincyi duże. Od 15 grudnia 1904 do 16 stycznia 1905, czyli w ciągu jednego miesiąca, wysłała administracya 113,150 sztuk znaczków; za ten czas wpłynęło z rozprzedaży 708 kor. 69 hal. do pocztowej Kasy oszczędności w Wiedniu, a 169 kor. 71 hal. wprost do administracyi w Krakowie, czyli razem przyniosła sprzedaż znaczków w ciągu 4 tygodni 878 kor. i 40 hal.

Dr. Langie, generalny sekretarz.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2 lutego.

**Polskie Towarzystwo balneologiczne w Krakowie zawiadamia:*

Zjazd balneologiczny polski, połączony z wystawą balneologiczną, urządzony przez polskie Towarzystwo balneologiczne, odbędzie się w Krakowie w dniach 6 i 7 maja b. r. Szczegółowy program Zjazdu zostanie później ogłoszony. Wyjaśnień udziela prezes Towarzystwa Prof. Dr. Ludomił Korczyński (Kraków, Kopernika, 2). Wydział Towarzystwa prosi o wczesne nadsyłanie zgłoszeń, odczytów i przedmiotów na wystawę.

* Ministeryum spraw wewnętrznych przygotowało dla parlamentu „Sprawozdanie statystyczne zarejestrowanych kas pomocniczych“ (Hilfskassen) w Austryi za r. 1902. Z dokumentu tego dowiadujemy się, że w roku sprawozdawczym powstało nowych Kas 35, a rozwiązało się 5 — tak, że przyrost w tym roku wynosi Kas 30. Ogólna liczba Kas w Austryi przy końcu roku 1902 wynosiła 166; z tej liczby w pełnym ruchu było 142. Kas majsterskich, tak zapomogowych, jak i Kas chorych było 67, z których 58 było w pełnym ruchu; działalność tych ostatnich ograniczała się do zapomóg podczas choroby i zasiłków na pogrzeby. W 142 Kasach czynnych było członków 141.217. Wsparć dla chorych wypłaciły Kasy za 509,487 dni, z których na połogi przypada 19,277 dni. Koszta pogrzebu zapłacono w 1227 przypadkach.

* Zawieszenie broni, które nastąpiło po burzliwych zatargach niższo-austryackiej Izby lekarskiej z tamtejszem namiestnictwem, nie długo trwało: obecna Izba podjęła uchwałę swej poprzedniczki, uznającej przyjęcie przez lekarza posady płatnej w zarejestrowanych Kasach chorych za czyn szkodliwy dla stanu lekarskiego, a tem samem karygodny i pociągający za sobą dochodzenia Rady honorowej; temu stanowisku Izby sprzeciwiło się namiestnictwo; Izba zatem nietylko nie doznaje od władzy poparcia, ale przeciwnie, zwalczanie działalności Izby wiedeńskiej weszło w zwyczaj namiestnictwa. Złożenie mandatów przez Izbę niższo-austryacką jest na porządku dziennym jej obrad.

* Profesor U. J. Dr. Kazimierz Kostanecki, mianowany został członkiem zagranicznym królewskiego czeskiego Towarzystwa naukowego w Pradze.

* XXXIV-ty kongres chirurgów niemieckich odbędzie się w dniach 26—29 kwietnia b. r. w Berlinie.

* XXVI-ty kongres balneologów odbędzie się między 9 a 13 marca b. r. w Berlinie.

* Do zarządu Towarz. lekar.-wileńskiego zostali wybrani na rok 1905: Wojnicz prezesem, Marenicz wiceprezesem, Lapides i Zawadzki sekretarzami, Sumorok, bibliotekarzem, Rudzewicz skarbnikiem.

* Z urzędowego sprawozdania dowiadujemy się, że epidemia moru, która pojawiła się w końcu listopada z. r. w prowincyi uralskiej, objęła kraj kirgizów i ziemię kozaków, gdzie do tej pory grasuje. Cholera nie wygasa jeszcze ciągle na Kaukazie, skąd została zawleczoną do prowincyi zakaspijskiej i gubernii: saratowskiej, samarskiej i astrachańskiej.

* »Russki Wracz« w ostatnim N. donosi, że na 120 wysłanych a 100 skradzionych pakunków, przeznaczonych dla wojska walczącego w Mandżuryi, w liczbie tych ostatnich znajdowały się wszystkie przybory do przyrządu Röntgena.

* Między 8 a 14 stycznia doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w powiecie liskim, oraz stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: dobromilskim (1 gm.), doliniańskim (2 gm.), jaworowskim, kamioneckim (po 1 gm.), lwowskim (2 gm.), mościskim (1 gm.) mieleckim, rawskim (po 2 gm.), tarnopolskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Minkowski mianowany został profesorem wewnętrznej medycyny w Gryfii. Doc. fizyologii w Wrocławiu Dr. Jensen, otrzymał tytuł profesora.

Nekrologia. Dr. Konrad Dynowski, lekarz kolei południowo-zachodniej, rodem z Ukrainy, wychowaniec kijowskiego uniwersytetu, zakończył życie w Berdyczowie, licząc lat 68. Dr. Wolfe, b. prof. okulistyki, zmarł w Glasgowie. Prof. otyatryi w Berlinie Dr. Jacobson zmarł w 52 r. życia.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 2. Polak: Nowoczesne urządzenia do produkcyi limfy ospowej stosowane, oraz w szczególności o urządzeniu Instytutu publicznego szczepienia ospy w Warszawie (dok.). Załęski: Ruch ludności miasta Warszawy w r. 1903 porównawczo z innemi miastami.

— *Gazeta lekarska* Nr. 3. Ołtuszewski: Obrazy patologii mowy w świetle nauki współczesnej, oraz zasady leczenia zboczeń mowy. Bełkowski i Starkiewicz: O zachowaniu się roztworów kwasów wlanych do żołądka (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 3. Mutermilch: Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kw. moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie (c. d.). Palmirski i Żebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 4. Rubeška: Zvápenělý fibrom septa rektovaginalního překážkou porodní. Chodounsky: K reformním snahám v medikamentosní therapii. Peigerové: Nova pozorováni o substituci svalove.

— *La Presse médicale* Nr. 5. Cruchet: Drganie mięśni *(tic)* a sen. Romme: Odporność otrzewnej i wstrzykiwania leukotaksycznej surowicy w chirurgii brzusznej.

— Nr. 6. Josué: Podstawa powstawania niektórych przypadków ostrego obrzęku płuc. Delage: Wskazania do histeroktomii brzusznej z powodu zapalenia przydatków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 4. Lesser: Leczenie toczna metodą Finsena. Greeff: Bąblowiec oka. Baum: Miejscowy wpływ nadnerczyny, brenckatechiny i sperminy na krążenie. Huismans: Ostre, krwotoczne, rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia pod postacią występującego porażenia rdzeniowego. Holz: Wyleczenie dwóch przypadków obustronnego wysadzenia gałek ocznych i jednego przypadku pląsawicy zapomocą usunięcia wyrośli gruczołowatych.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 4. Meyer i Eisenreich: Leczenie białaczki promieniami Röntgena. Winkler: Technika leczenia białaczki promieniami Röntgena. Wendel: Leczenie białaczki promieniami Röntgena. Schieffer: Dalsze przyczynki do leczenia białaczki promieniami Röntgena. Erdmann: Użycie błękitnych szkieł przy doświadczeniach ze sztucznem światłem, oraz opis prostego przyrządu do praktycznych badań poczucia barw. Juliusberg: Siarkan cynku czy też sole srebra w leczeniu rzeżączki? Galewsky: Zawodowe formalinowe zanogcice i zapalne zmiany w skórze. Mendel: Śródżylne leczenie salicylowe i jego znaczenie rozpoznawcze. Meyer: Przypadek rwy kulszowej powikłanej liszajem. Heil: 144 porodów kleszczowych (dok.). Bruns: Próby odkażania przy tęgoryjcu (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4. Dirmoser: Porównawcze uwagi nad niepowściągliwemi wymiotami a drgawkami. Haim: Przyczynek do zapalenia przykątniczego na tle pneumokoków. Jonas: Działanie eumidryny na nocne poty suchotników. Sorgo: Leczenie gruźlicy krtani światłem słonecznem, oraz pomysł tego leczenia światłem sztucznem. Neudörfer: Śródżylna influzya tlenu.

Deutsche med. Wochenschrift Nr. 4. Tillmanns: Leczenie zapomocą zastoju żylnego. Casper: Rozpoznanie i leczenie gruźlicy nerek (dok.). Edinger: Choroby układu nerwowego z zużycia (dok.). Barth: Symptomatologia obustronnego porażenia n. twarzowego. Libbertz i Ruppel: Uodpornienie bydła przeciw gruźlicy (perlicy) i próby z surowicą gruźliczą. Fischer: Nabłoniak kosmówki i torbiel luteinowy. Brat: Działanie ciał białkowatych peptonów i peptydów na krzepliwość krwi.

Redakcya otrzymała. Żeleński i T. Cybulski: Ueber das Vorkommen der Markzellen (Myelozytten) im kindlichen Blute. Dr. Pawiński: 1) Napięcie tętnicze w okresie przekwitowym u kobiet. 2) Hyposthenia cardio-vasculosa climacterica.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 4 (od dnia 22/I do 28/I) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 33, dziew. 21; nieżywo: chł. 3, dz. 3. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 26, kob. 19; zamiejscowych: męż. 13, kob. 11.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. , 13 ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 8, ob. 5. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 5, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 10, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. , ob. —. **Razem:** miejscowych 45, obcych 24.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Wyrób termometrów na większą skalę jest przemysłem stosunkowo młodym, gdyż nie liczy jeszcze stu lat, dziś jednak rozwinął się niezmiernie, gdyż samych n. p. tylko termometrów lekarskich wyrabia Turyngia rocznie około miliona. Już z tego ocenić można, jak wielką jest dziś ta gałąź przemysłu, zwłaszcza, jeżeli się zważy, że termometrów lekarskich rozchodzi się znacznie mniej, niż innych rodzajów termometrów. Narzędzia tego potrzebują przecież oprócz lekarzy chemicy, fizycy, technicy we wszelkich gałęziach wytwórczości, nie mówiąc już o szerokiej publiczności. W kraju naszym leżała dotąd zupełnie odłogiem ta gałąź przemysłu, zatrudniająca w Niemczech tysiące robotników. Obecnie założona w Krakowie pierwsza na ziemiach naszych fabryka termometrów i innych szklanych przyrządów naukowych K. G. Hildebrandta, kształcąc robotników krajowych, będzie zarodem nowej gałęzi przemysłu krajowego, mogącego się w przyszłości niepospolicie rozwinąć.

Konkurs

na posadę lekarza okręgowego w Tymbarku z płacą 1.000 koron i ryczałtem na objazdy 800 koron rocznie rozpisuje Wydział powiatowy w Limanowej do dnia 15 lutego 1905.